



# Prática profissional do Assistente Social no contexto da Incapacidade Intelectual

Dissertação de Mestrado

ANABELA MARIA LOPES PEREIRA

Trabalho realizado sob a orientação de

Professora Doutora Maria Isabel Pinto Simões Dias

Leiria, Março de 2016

Mestrado em Educação Especial- Domínio Cognitivo Motor

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS SOCIAIS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

## AGRADECIMENTOS

O presente trabalho não seria possível sem o apoio e disponibilidade de todos aqueles que contribuíram, direta e indiretamente na sua elaboração.

À professora Doutora Maria Isabel Pinto Simões Dias, pela orientação, disponibilidade, atenção e dedicação que sempre demonstrou e pelos momentos de partilha.

Aos meus pais por todo o amor incondicional que me dão, por toda a força carinho e dedicação. Pela confiança que sempre depositaram em mim e por nunca me terem deixado desistir, quando a força escasseou. Um muito Obrigado!

À minha irmã, que eu amo de coração, que sempre me ajudou na realização de tarefas mais difíceis, és o meu orgulho...

À minha querida avó Ofélia por todo o orgulho que tem em mim, pela alegria, pelo carinho, e por toda a força que sempre me transmitiu.

À Cristiana, minha companheira de infância, obrigada por fazeres parte da minha vida, e pela pessoa maravilhosa que és. Obrigada pelo teu sorriso nos momentos difíceis.

Ao Pedro, pessoa especial e muito importante, pelas palavras de incentivo, ânimo e persistência para que eu não desistisse desta etapa.

Às minhas amigas, Catarina e Cátia pela motivação, incentivo, força, conselhos, companhia e por todos os momentos de amizade.

Especial obrigado à Cheila e Nélia, pelo companheirismo e por se terem tornado para além de boas colegas, excelentes amigas.

Obrigado a todos os que mencionei e aos que não mencionem mas que sabem que têm um lugar especial na minha vida

## RESUMO

O presente trabalho de investigação designado “Prática Profissional do Assistente Social no contexto da Incapacidade Intelectual” tem como objetivo conhecer os procedimentos de intervenção dos Assistentes Sociais no âmbito da Incapacidade Intelectual. Realizado um aprofundamento teórico e conceptual sobre a Incapacidade Intelectual, sobre a resposta social para a Incapacidade Intelectual (Centro de Atividades Ocupacionais e Lar Residencial) sobre a prática do Assistente Social no âmbito da Incapacidade Intelectual. Encetámos uma pesquisa qualitativa do tipo descritivo que se socorreu da entrevista estruturada para recolher dados junto de três Assistentes Sociais de duas instituições da zona centro do país no ano lectivo de 2014/2015.

A análise de conteúdo aos dados levantados permite-nos concluir que o Serviço Social é uma profissão de intervenção, onde o Assistente Social desempenha as funções de mediador de facilitador de capacitador entre as famílias e os clientes, aconselhando-os e possibilitando-lhe o diálogo a outros serviços.

Os dados revelaram, ainda, que o Assistente Social desenvolve o seu trabalho com a família, com os clientes, com a equipa técnica e ainda com a comunidade, corroborando os resultados dos estudos de Carvalho (2013), Silva (2012) e Gomes (2010).

Considerando a pertinência do trabalho do Assistente Social no contexto da Incapacidade Intelectual e a escassez de estudos nacionais sobre esta temática, este trabalho assume-se como o primeiro contributo científico facilitador da construção de um olhar crítico e reflexivo para futuros debates.

### **Palavras-chave**

Assistente Social, Centro de Atividades Ocupacionais, Incapacidade Intelectual, Lar Residencial, Serviço Social



## ABSTRACT

The current research “Professional Training in the context of intellectual disability” aims to understand the Social Worker intervention procedures in the context of Intellectual Disability. After a deep theoretical conceptualization about Intellectual Disability, social response (Occupational Activities Centre and Care Home) along with the practice of the Social Carers working for two institutions, from the centre zone of the country, in the academic year 2014/2015.

The data analysis allows us to conclude that the social work is a profession of intervention and the social worker plays the role of a mediator, capacitor and facilitator between families and patients, advising them and enabling the dialogue with other services.

Data also showed that the social worker develops his/her work with the family, patients, with the coaching staff and with the community, corroborating the results of Carvalho (2013), Silva (2012) and Gomes (2010) findings.

Considering the relevance of the social worker in the context of Intellectual Disability and the lack of national studies on this subject, this work is the first scientific contribution to building a critical and reflective approach to future discussions.

### **Keywords**

Social Worker, Occupational Activities Centre, Intellectual Disability, Care Home, Social Service.

# ÍNDICE GERAL

|   |      |
|---|------|
| Agradecimentos.....   | ii   |
| Resumo .....  | iii  |
| Abstract.....   | v    |
| Índice Geral .....  | vi   |
| Índice de Gráficos.....   | viii |
| Índice de Quadros .....   | ix   |
| Abreviaturas.....   | x    |
| Introdução .....  | 1    |
| I. Enquadramento Teórico .....  | 3    |
| 1.1. Incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual -DSM V) 3   |      |
| 1.2. Respostas sociais às pessoas com incapacidade intelectual: da escola do ensino regular ao centro de atividades ocupacionais e ao lar residencial ..... | 6    |
| 1.3. O papel do assistente social (AS) no âmbito da incapacidade intelectual.....   | 12   |
| II. Metodologia .....   | 24   |
| 2.1. Contexto do estudo/ participantes .....  | 25   |
| 2.2. Instrumentos de recolha e análise de dados.....  | 25   |
| 2.3. Procedimentos .....  | 27   |
| III. Apresentação e discussão dos dados .....   | 31   |
| 3.1. Construção do instrumento de recolha de dados .....  | 31   |
| 3.2. Dados relativos à caracterização das instituições .....  | 32   |
| 3.2.1. Público-alvo.....  | 32   |
| 3.2.2. Organização do espaço/ equipamentos.....   | 34   |
| 3.2.3. Recursos humanos .....   | 35   |
| 3.3. Trabalho do assistente social .....  | 35   |
| 3.3.1 Trabalho com a família.....   | 37   |

|   |           |
|---|-----------|
| 3.3.2. Trabalho com o cliente .....     | 41        |
| 3.3.3. Trabalho da equipa técnica ..... | 45        |
| 3.2.4. Trabalho na comunidade .....     | 47        |
| IV. Conclusões .....                    | 50        |
| Bibliografia.....                       | 53        |
| <b>Legislação .....</b>                 | <b>58</b> |
| <b>Anexos.....</b>                      | <b>1</b>  |

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

|  |    |
|--|----|
| <b>Gráfico I-</b> Trabalho do Assistente Social na instituição A.....  | 36 |
| <b>Gráfico II-</b> Trabalho do Assistente Social na Instituição B..... | 36 |



## ÍNDICE DE QUADROS

|  |    |
|--|----|
| <b>Quadro I-</b> Identificação das Categorias..... | 31 |
|--|----|

## ABREVIATURAS

APA- American Psychiatric Association,

APPSS- Associação Portuguesa de Profissionais de Serviço Social

AS- Assistente Social

AS1- Assistente Social da Instituição A

AS2- Assistente Social da Instituição B

AS3- Assistente Social da instituição B

CAO- Centro de Atividades Ocupacionais

DM- Deficiência Mental

ELIS-Equipas Locais de Intervenção Precoce

IPSS-Instituição Particular de Solidariedade Social

NEE- Necessidades Educativas Especiais

CPCJ- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

## INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo, as alterações conceptuais do campo da deficiência mental foram solicitando a utilização de (novas) terminologias e (novos) olhares sobre as pessoas portadoras desta incapacidade (Santos, 2010). A história revela atitudes de rejeição e segregação em relação a estas pessoas, mas também atitudes de proteção que se consubstanciaram, por exemplo, na construção de instituições asilares (na primeira metade do século XX) ou na criação de escolas ditas especiais (Morato, 1995). Nos últimos vinte anos, o pedido de assistência qualificada para ajudar as pessoas com perturbações de desenvolvimento intelectual foi evoluindo, passando-se de um modelo de abrigo para um modelo de ajuda acompanhado no domicílio/acompanhamento pontual ou durante toda a vida em estruturas experimentais de apoio ao indivíduo no seu meio de vida (Bon, 2003). Esta alteração suscitou mudanças nas profissões de intervenção social, cujo foco atual se centra no aspeto relacional e na criatividade da sua prática.

De acordo com o autor supracitado, a intervenção social caracteriza-se por uma ajuda psicológica contínua em termos relacionais e por uma capacidade técnica de promoção social do indivíduo no seu meio de vida. Preocupando-se com os adultos portadores de Incapacidade Intelectual, os Assistentes Sociais têm construído um espaço de intervenção nos Centros de Atividades Ocupacionais (CAO), bem como nos Lares Residenciais. Os Centros de Atividades Ocupacionais visam proporcionar a estas pessoas atividades socialmente úteis, fomentando a sua valorização pessoal e as suas capacidades remanescentes. Avaliando as competências de cada sujeito, estuda-se a possibilidade de uma eventual integração no regime do emprego protegido e/ou a atividade e o interesse dos seus clientes (Santos, 2010). Os Lares Residenciais são espaços de alojamento coletivo de utilização temporária ou permanente para pessoas com deficiência e incapacidade<(s), que apresentam como objetivos principais promover estratégias de reforço da autoestima pessoal e da capacidade para a organização das atividades de vida diária; contribuir para o bem-estar e melhoria da qualidade de vida dos residentes; promover ou manter a funcionalidade e a autonomia do residente e promover a interação com a família e com a comunidade.

As mudanças sociais vão colocando aos Assistentes Sociais a necessidade de uma qualificação permanente de modo a que estejam em condições de acompanhar os progressos que surgem na sociedade. De acordo com a Associação Portuguesa dos Profissionais do Serviço Social (APPSS) (2015, para.1), o Serviço Social

É uma profissão de intervenção e uma disciplina académica que promove o desenvolvimento e a mudança social, a coesão social, o *empowerment* e a promoção da Pessoa. Os princípios de justiça social, dos direitos humanos, da responsabilidade coletiva e do respeito pela diversidade são centrais ao Serviço Social. Sustentado nas teorias do Serviço Social, nas ciências sociais, nas humanidades e nos conhecimentos indígenas, o Serviço Social relaciona as pessoas com as estruturas sociais para responder aos desafios da vida e à melhoria do bem-estar social.

Querendo conhecer a prática do Assistente Social (técnicas, métodos, ações junto do cliente, família e comunidade) em contexto de Incapacidade Intelectual, nomeadamente nos Centros de Atividades Ocupacionais (CAO) e em Lares Residenciais, encetou-se um estudo qualitativo, de índole descritivo, no ano letivo de 2014/2015 que se apresenta neste trabalho organizado em quatro capítulos.

No primeiro capítulo faz-se uma abordagem teórica-conceitual da temática em estudo, abordando a Incapacidade Intelectual, a resposta social para a Incapacidade Intelectual (Centro de Atividades Ocupacionais e Lar Residencial) e o papel do Assistente Social no âmbito da Incapacidade Intelectual.

No segundo capítulo apresenta-se a metodologia utilizada para a concretização deste estudo situando-nos na metodologia qualitativa do tipo descritivo, na entrevista estruturada e na análise de conteúdo. Caracteriza-se ainda o contexto do estudo e os procedimentos de investigação percorridos.

No terceiro capítulo apresentam-se e discutem-se os resultados, organizados nas duas categorias de análise: Caracterização da Instituição (público-alvo, organização do espaço/equipamentos e recursos humanos) e Trabalho do Assistente Social (trabalho com a família, trabalho com o cliente, trabalho da equipa técnica e trabalho na comunidade).

Por fim no quarto capítulo apresentam-se as considerações finais

# I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1.1. INCAPACIDADE INTELECTUAL (PERTURBAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INTELECTUAL -DSM V)

Ao longo da história mundial as atitudes de rejeição e segregação em relação às pessoas com deficiência foram uma constante, havendo evidências de seleção ao nascimento, de esterilização/eutanásia e/ou de apedrejamentos em hasta pública. Contudo, também se têm verificado atitudes de proteção, cujo expoente principal foi a construção de grandes instituições asilares da primeira metade do século XX e, posteriormente, a criação das ditas escolas especiais (Morato,1995; Ferreira, 2009).

Santos e Morato (2002, p. 27) defendem que o percurso histórico de Educação Especial tem evidenciado grandes dificuldades na “definição conceptual de deficiência mental, com todas as consequências ao nível dos direitos de assistência, da escolarização, da socialização e da integração profissional das pessoas com a deficiência em questão”. Sendo um campo com muitas incertezas (sobretudo quanto à sua natureza) a Deficiência Mental (DM) tem-se revelado uma área em mudança (Santos, 2010), nomeadamente ao nível da utilização terminológica.

Procurando encontrar os termos menos estigmatizantes, recentemente abandonou-se a anterior designação “deficiência mental”, para se adotar a terminologia “Incapacidade Intelectual (Perturbação do Desenvolvimento Intelectual) ”, (American Psychiatric Association (APA), 2014). Este mesmo manual caracteriza a Incapacidade Intelectual por um défice nas capacidades mentais gerais e prejuízo no funcionamento adaptativo diário, em comparação com os pares da mesma idade, género e contexto sociocultural do indivíduo que tem início durante o período de desenvolvimento. Sustenta que a Incapacidade Intelectual é diagnosticada com base na avaliação clínica mas também em testes standardizados das funções intelectuais e adaptativas.

Na opinião de Santos e Morato (2002), existe uma variedade de fatores que poderão levar ao aparecimento da DM, por exemplo, fatores biológicos, genéticos e fisiológicos que podem estar associados a aspectos socioeconómicos e outros “não mensuráveis” (adaptação social, emocional e vocacional).

Na perspectiva de Bautista (1997), as causas da DM resumem-se a factores genéticos e factores extrínsecos. Os factores extrínsecos são repartidos por fatores pré-natais (problemas durante o período de gestação), factores perinatais e neonatais (problemas durante o parto e que ocorrem até ao fim do primeiro ano de vida da criança) e factores pós-natais (problemas após o primeiro ano de vida da criança).

De acordo com a APA (2014) os défices nas capacidades mentais referem-se às funções intelectuais que envolvem o raciocínio, a resolução de problemas, o planeamento, o pensamento abstrato, o discernimento, a aprendizagem pela instrução e pela experiência e a compreensão prática. O raciocínio quantitativo, a memória de trabalho, o pensamento abstrato, o raciocínio perceptivo, a compreensão verbal e eficácia cognitiva, avaliados por testes de inteligência individualmente administrados e válidos em termos psicométricos estão comprometidos. A avaliação destes sujeitos, revelam resultados cerca de dois desvios-padrão ou mais abaixo da média da população, incluindo uma margem de erro na medição (por norma, +5 pontos). Estes resultados da avaliação do QI são aproximações ao funcionamento conceptual, podendo ser insuficientes para avaliar o raciocínio em situações da vida real e no domínio de tarefas práticas.

Ainda segundo os dados da APA (2014), assumimos que os défices no funcionamento adaptativo se referem à forma como a pessoa atinge os padrões da comunidade para a independência pessoal e para a responsabilidade social. Avaliado clinicamente e socorrendo-se de escalas individualizadas este funcionamento adaptativo envolve o raciocínio em três domínios: conceptual, social e prático. O domínio conceptual diz respeito às competências na memória, linguagem, leitura, escrita, raciocínio matemático, resolução de problemas e julgamento de novas situações e aquisição de conhecimentos (entre outros). Quanto ao domínio social, este diz respeito à consciência dos pensamentos, empatia, sentimentos e experiência dos outros, capacidade de comunicação interpessoal, capacidades de amizade e discernimento social (entre outros). O domínio prático refere-se à aprendizagem e à autogestão através dos contextos de vida, envolvendo os cuidados pessoais, a gestão do dinheiro, as responsabilidades laborais, a recriação, a autogestão do comportamento e a organização das tarefas laborais e escolares (entre outras).

Internacionalmente aceita-se que existe défice no funcionamento adaptativo quando pelo menos um domínio do funcionamento adaptativo, conceptual, social ou prático,

esteja suficientemente comprometido, sendo necessário um suporte para que a pessoa tenha um desempenho adequado em vários contextos da vida (escola, trabalho, casa ou comunidade). Para que exista o diagnóstico de Incapacidade Intelectual os défices no funcionamento adaptativo devem estar relacionados com os défices intelectuais e devem ter início durante o período de desenvolvimento, a infância ou adolescência (APA, 2014)

Os vários níveis de gravidade da Incapacidade Intelectual (ligeira, moderada, grave e profunda) são definidos tendo em conta o funcionamento adaptativo (e não só pelos valores de QI), uma vez que é este funcionamento que determina o nível de suporte requerido. O nível grave caracteriza-se, no domínio conceptual, por capacidades conceptuais limitadas. Em geral, estes indivíduos têm pouca compreensão da linguagem escrita ou de conceitos como números, tempo, dinheiro e quantidades. Em relação ao domínio social identifica-se uma linguagem falada muito limitada (principalmente em termos de vocabulário e gramática). O discurso e a comunicação (palavras ou frases simples) estão essencialmente focados no aqui e no agora. A linguagem não é utilizada para a explicação, mas para a comunicação social, compreendendo um discurso simples e uma comunicação gestual, a relação com a família e outros conhecidos traduz-se por uma fonte de prazer e ajuda para estes indivíduos. No domínio prático, o indivíduo precisa de ajuda para todas as atividades da vida diária, incluindo refeições, lavar-se e vestir-se. Necessitando de supervisão a tempo inteiro, estes sujeitos não conseguem tomar decisões responsáveis em relação ao bem-estar pessoal e durante a vida adulta, a participação em tarefas domésticas, laborais e recreativas requerem uma ajuda continuada e assistência (ibidem).

A prevalência global da Incapacidade Intelectual, na população geral, é de aproximadamente 1%, variando estas taxas com a idade cronológica. A taxa de prevalência da Incapacidade Intelectual grave é de, aproximadamente, 6 em 1000 (APA, 2014).

Apesar de a Incapacidade Intelectual em geral não ser progressiva, em certas perturbações genéticas (por exemplo síndrome de Rett) podem existir períodos de agravamento seguidos de estabilização, contudo noutras perturbações, pode existir agravamento progressivo do funcionamento intelectual. Depois da primeira infância, a perturbação é em geral vitalícia, embora possam variar os graus de gravidade ao longo

do tempo. Atualmente defende-se que o funcionamento adaptativo ao longo da infância e da idade adulta pode ser melhorado através de intervenções precoces e contínuas (ibidem).

## 1.2. RESPOSTAS SOCIAIS ÀS PESSOAS COM INCAPACIDADE INTELECTUAL: DA ESCOLA DO ENSINO REGULAR AO CENTRO DE ATIVIDADES OCUPACIONAIS E AO LAR RESIDENCIAL

Nas últimas décadas as políticas sócias na área da deficiência, tem sofrido uma evolução substancial, com novas perspectivas conceptuais, novas filosofias de abordagem e novo enquadramento. Assistindo-se a uma mudança de paradigmas ao nível das políticas e das práticas de trabalho, cada vez mais se procura a promoção da qualidade de vida e da cidadania (Manual de Processos Chave- CAO, 2007).

Os desejos sociais das pessoas deficientes, assim como as dos seus representantes legais, também mudaram profundamente nos últimos anos. A passagem de uma lógica de internamento coletivo para uma lógica de serviço de apoio individualizado e um acompanhamento no domicílio introduziram uma rutura com as formas anteriores e clássicas de intervenção, a qual se traduz em diferentes consequências institucionais (Bon, 2003).

As alterações que ocorreram no campo das conceções das pessoas com deficiência, contribuíram para uma mudança nas profissões da intervenção social (estas distinguem-se das profissões da readaptação no terreno sanitário pelo aspeto relacional e pela criatividade que a sua prática induz). Os intervenientes sociais são portadores de uma ideologia da integração e de uma ética da relação com o outro, acabando por a pressão institucional e o poder médico se apagarem “ (...) em proveito de uma melhor consideração das opções de vida dos indivíduos acompanhados e das suas famílias, em que a noção de serviço prima sobre a noção de tomar conta” (Bon, 2003, p. 167). Na opinião deste autor a intervenção social caracteriza-se por uma ajuda psicológica contínua em termos relacionais e por uma capacidade técnica de promoção social do indivíduo no seu meio de vida.

Ao nível da institucionalização, a história revela-nos que é a partir do século XVII que surge esta preocupação (por oposição à exclusão total)



Sofrendo entre os séculos XVII a XIX evoluções significativas resultantes das alterações sociais da época a educação passa a ser encarada como algo a que a criança deficiente devia ter acesso, isto por influência dos grandes pensadores da época que se preocupavam sobretudo com os direitos das pessoas e também com técnicas educativas consideradas mais benéficas a adotar com crianças especiais (Cruz, 2006, p. 22).

Contudo, ainda que se revele como um importante avanço na resposta à diferenciação, esta institucionalização ocorreu durante muito tempo, sem haver o reconhecimento das diferentes formas de deficiência e das suas próprias necessidades, juntando-se todos os sujeitos no mesmo espaço, muitas vezes lotado, sem distinção dos problemas e sem ter em consideração os graus apresentados das suas deficiências. Na maioria das vezes a atenção dada era em termos assistenciais e não como um processo educativo e de desenvolvimento pessoal, ou seja, “ o atendimento do deficiente nas diferentes instituições não era mais do que uma forma diferente de um mesmo gesto social de partilha/exclusão” (Simon, 1988, p.14). A partir do século XIX surgem as primeiras escolas especiais para cegos e surdos e no final do mesmo século inicia-se o atendimento especial aos deficientes mentais em instituições pensadas para eles.

A segunda metade do século XX é considerada como o século de viragem no atendimento a crianças e jovens com Necessidades Educativas Especiais (NEE). Embora durante esse século, a política educativa se regesse em separar as crianças com deficiência daquelas que eram consideradas normais (Correia, 1997) assiste-se a um grande desenvolvimento no ensino especial, devido à publicação de diferentes diplomas sobre esta matéria e a uma crescente sensibilização no panorama europeu e mundial para a integração de crianças com deficiência nas escolas regulares (Martins, 2005).

É através da Conferência Mundial sobre a Educação para Todos (realizada em Jomtien, na Tailândia, em 1990) e mais tarde, em 1994, em Salamanca, na Conferência Mundial sobre NEE, que os representantes de 92 países e de 25 organizações internacionais assinam uma Declaração cujo princípio orientador consiste em “afirmar que as escolas se devem ajustar a todas as crianças independentemente das suas condições físicas, sociais, linguísticas ou outras” (Unesco, 1994, p. 6). Desta forma defende-se que se devem incluir nas escolas do ensino regular crianças com deficiência(s) ou sobredotados, crianças de minorias linguísticas, étnicas ou culturais, crianças da rua ou

crianças que trabalham, crianças de áreas ou grupos desfavorecidos ou marginais e crianças de populações remotas ou nómadas, solicitando-se uma reorganização de escola para dar resposta a esta diversidade educativa.

Em Portugal, em 1986, surge a Lei de Bases do Sistema Educativo na qual se defende que o Ensino Básico deve ser universal e obrigatório, assegurando o direito de forma justa e igualitária ao acesso e sucesso escolar. De acordo com a mesma lei o principal objetivo do Ensino Básico é assegurar uma formação geral e comum a todos os portugueses, para que todos possam desenvolver os seus interesses, aptidões, capacidades de raciocínio, criatividade, memória e espírito crítico, sentido moral e sensibilização estética.

O Decreto-Lei nº 319/91 de 23 de agosto, de 1991 veio preencher uma lacuna sentida à data no âmbito da educação especial. Veio facilitar o acesso dos alunos com NEE (dos níveis básico e secundário) à escola do ensino regular.

O termo NEE surgiu, então, para responder ao princípio da progressiva democratização das sociedades refletindo-se este postulado na filosofia da integração e de igualdade de direitos (particularmente no que diz respeito à não discriminação por razões de raça, opinião, características intelectuais e físicas, religião, a toda a criança e adolescente em idade escolar). Para Bernnan (1988, citado em Correia, 1997, p.48) existe uma Necessidade Educativa Especial quando:

(...) um problema (Físico, sensorial, intelectual, emocional, social ou qualquer combinação destas problemáticas) afeta a aprendizagem ao ponto de serem necessários acessos especiais ao currículo, ao currículo especial ou modificado, ou a condições de aprendizagem especialmente adaptadas para que o aluno possa receber uma educação apropriada, tal necessidade educativa pode classificar-se de ligeira a severa e pode ser permanente ou manifesta-se durante uma fase do desenvolvimento do aluno.

Esta ideia já presente no Warnock Report (1978, citado em Madureira & Leite 2003), quando realça o tipo e grau de problemas para a aprendizagem, classificando-os de ligeiros e temporários a severos e permanentes é corroborada por Correia (1997, p. 48) quando refere que o conceito de NEE se aplica a “crianças e adolescentes com problemas sensoriais, físicos, intelectuais e emocionais e, também, com dificuldades de

aprendizagem derivados de fatores orgânicos ou ambientais”. Assim, o conceito de NEE refere-se a crianças e adolescentes com aprendizagens atípicas, ou seja, que não acompanham o currículo normal, sendo necessário proceder a adaptações curriculares, tendo em conta o quadro em que se insere a problemática do sujeito.

Para que seja possível concretizar a legislada democratização do ensino é preciso que a escola seja para todos. Neste sentido, infere-se a necessidade de proporcionar aos professores os conhecimentos e a formação necessária para que essa democratização se possa operacionalizar.

Na perspectiva de Niza (1996, citado em Resendes & Soares, 2002, p.28):

O respeito pela diversidade deve orientar a passagem de uma escola de exclusão para uma escola de inclusão, que assegure o direito de acesso e a igualdade de condições para o sucesso de todos os alunos numa escola para todos; só assim se poderá valorizar o aluno, indo ao encontro das suas necessidades individuais no processo de aprendizagem.

A escola de hoje confronta-se com o desafio de desenvolver uma pedagogia suscetível de educar com sucesso todas as crianças, respeitando as suas características individuais. Conforme os mesmos autores (p.30),

Os padrões culturais de pedagogia que os professores herdaram não servem para hoje. Dai os dramas que os professores sentem cada vez mais. A organização do trabalho é desadequada aos objetivos e as políticas de educação. Os professores habituaram-se a considerar que tinham de dar lições para todos no mesmo ritmo e que tinham que os pôr a trabalhar, a fazer a mesma coisa ao mesmo tempo, isto é, usando e abusando do modo simultâneo. Praticamente os professores só usam estes modos de trabalhar, as lições e o modo simultâneo de aplicação e treino, e com isto não é possível construir uma profissão. O que está em causa é avançar ou não para a profissionalidade, modernizando as formas de organização do trabalho de aprendizagem dos alunos.

Na opinião de Ainscow (1995, citado pelos autores supra referidos) é preciso reestruturar as escolas, o que levanta uma série de questões: como podem os professores organizar as suas salas de aula de modo a assegurar a aprendizagem a todos os seus alunos? Como se podem reestruturar as escolas de forma a apoiarem os professores neste esforço? Sanches & Teodoro (2006) e Resende & Soares (2002) desafiam os

professores a experimentar novos métodos pedagógicos, onde a planificação individualizada envolva todos os alunos. Os professores devem ser estimulados a utilizar de forma eficiente os recursos naturais que podem apoiar a aprendizagem dos alunos e devem ter a capacidade de modificar planos e atividades em função das reações e das necessidades dos alunos de forma a responder às necessidades de todos os alunos.

Segundo Silva, Ribeiro & Carvalho (2013) e Resendes & Soares (2002), a organização da escola para uma educação diferenciada passa pelo currículo (o qual deve ser individualizado pois os alunos não partem todos do mesmo ponto, nem dispõem dos mesmos recursos para avançar) e que o sucesso escolar de todos os alunos é possível através de adaptações pedagógicas. É preciso que a escola crie ambientes de aprendizagem e que respeite a diversidade dos alunos e que o professor identifique práticas para garantir a igualdade de acesso ao currículo.

Para além da resposta educativa em idade escolar, houve também uma grande preocupação com os problemas que se colocavam aos jovens portadores de deficiência após a conclusão da escolaridade obrigatória. Ainda que exista uma grande dificuldade por parte da escola na preparação destes jovens para a vida ativa, para a sua autonomia e inserção na sociedade (Garcia, 2011), têm sido procuradas várias possibilidades de resposta.

Uma das possíveis soluções para a dificuldade que as escolas enfrentam, é a integração dos sujeitos em CAO ou Lares Residenciais, respostas sociais para a Incapacidade Intelectual disponíveis, na atualidade, em Portugal. Conforme o Decreto-lei nº64/2007, de 14 de março, artigo 4.º alínea c, “No âmbito do apoio a pessoas com deficiência: centro de atividades ocupacionais, lar residencial, residência autónoma, centro de atendimento, acompanhamento e animação de pessoas com deficiências”.

O CAO surge em 1989, através do Decreto-lei n.º18/89, de 11 de janeiro, em conformidade com a seguinte linha de intervenção:

O desenvolvimento das políticas de reabilitação e integração social das pessoas com deficiência exige, cada vez mais, dada a diversidade das situações, a definição de princípios orientadores das diferentes formas de intervenção social a garantir. É nessa perspetiva que se situa o presente decreto de lei, que define modalidades de apoios a pessoas com deficiência mais grave e, consequentemente, mais forte dependência.

O Centro de Atividade Ocupacional apresenta como finalidade, segundo o mesmo Decreto-Lei:

(...) proporcionar às pessoas com deficiência atividades socialmente úteis, de forma a permitir-lhes uma valorização pessoal e o aproveitamento das suas capacidades remanescentes, quer na perspectiva de uma eventual integração, se possível, no regime do emprego protegido, quer na perspectiva de manter os deficientes simplesmente ativos e interessados.

Segundo o (artigo 1.º, 2.º do mesmo Decreto-Lei), a natureza e os objetivos desta resposta social são:

As atividades ocupacionais constituem uma modalidade de ação social, exercida pelo sistema de Segurança Social, que visa a valorização pessoal e a integração social de pessoas com deficiência grave, permitindo o desenvolvimento possível das suas capacidades, sem vinculação a exigência de rendimento profissional ou de enquadramento normativo de natureza jurídico-laboral. São objetivos das atividades ocupacionais: a) estimular o desenvolvimento possível das capacidades remanescentes das pessoas com deficiência grave; b) facilitar a sua integração social; c) facilitar o encaminhamento da pessoa com deficiência, sempre que possível, para programas adequados de integração socioprofissional.

Os Centros de Atividades Ocupacionais destinam-se, assim, a pessoas com deficiência grave, com idade igual ou superior a 16 anos, cujas capacidades não permitam, temporária ou permanentemente, o exercício de uma atividade produtiva.

De acordo com a Portaria n.º 59/2015, de 2 de março, artigo n.º2, o Lar Residencial “é um estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, de pessoas com deficiência e incapacidade que se encontrem impedidas de residir no seu meio familiar”, que apresenta como principais objetivos:

a) Contribuir para o bem-estar e melhoria da qualidade de vida dos residentes; b) Promover estratégias de reforço da autoestima pessoal e da capacidade para a organização das atividades de vida diária; c) Promover ou manter a funcionalidade e a autonomia do residente; d) Facilitar a integração em outras estruturas, serviços ou estabelecimentos mais adequados ao projeto de vida dos residentes; e) Promover a interação com a família e com a comunidade. (Portaria n.º 59/2015 de 2 de março, artigo n.º 4)

O Lar Residencial destina -se a pessoas com deficiência e incapacidade, de idade igual ou superior a 16 anos,

- a) Que frequentem estabelecimentos de ensino, de formação profissional ou se encontrem enquadrados em programas ou projetos, em localidades fora da sua área de residência; b) Cujos familiares não os possam acolher; c) Que se encontrem em situação de isolamento e sem retaguarda familiar; d) Cujas famílias necessitem de apoio, designadamente em caso de doença ou necessidade de descanso. (Portaria n.º 59/2015 de 2 de março, artigo n.º 6, n.º 1, 2):

O Lar Residencial pode admitir temporariamente e com carácter de exceção, pessoas com idade inferior a 16 anos, em situação emergência, devidamente justificada, e quando se encontrem esgotadas as possibilidades de encaminhamento para outras respostas sociais mais adequadas.

### 1.3. O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL (AS) NO ÂMBITO DA INCAPACIDADE INTELECTUAL

Nos Centros de Atividades Ocupacionais e nos Lares Residenciais, existem técnicos (incluindo os Assistentes Sociais) preparados para apoiar as pessoas com deficiência, (Louro, 2001) ajudando-as a desenvolver todas as suas potencialidades e procurando enriquecer as suas vidas para prevenir possíveis disfunções. A grande preocupação do profissional de Serviço Social é solucionar os problemas juntamente com os clientes e, assim, promover mudanças nas suas vidas. Podemos afirmar que os Assistentes Sociais são agentes de mudança na sociedade e nas vidas dos indivíduos, famílias e comunidades. (APPSS, 2000). Iamamoto (2007, p. 20) refere que,

Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo.

Devido às mudanças que têm surgido na sociedade, este profissional de Serviço Social deve manter os seus conhecimentos atualizados, ou seja, deve procurar uma

qualificação permanente para que possa acompanhar, atualizar e explicitar as especificidades da Questão Social a vários níveis.

Segundo a Federação Internacional dos Assistentes Sociais (1976, citado em Silva, 2012) a prática profissional do Assistente Social reside no trabalho centrado no bem-estar e satisfação das necessidades humanas e desejos individuais, coletivos, nacionais e internacionais e na realização da justiça social cujo objetivo principal é provocar mudanças sociais no indivíduo e na sociedade.

Na perspectiva de Carmo (2001) a intervenção social é compreendida como um processo onde uma determinada pessoa se assume como recurso social de outra pessoa, organização, comunidade, grupo ou rede social, com o objetivo de o ajudar a colmatar um conjunto de necessidades sociais, estimulando a pessoa a combater os obstáculos que surgem à mudança.

De acordo com o mesmo autor, a prática da intervenção social tem sido associada ao conceito de *empowerment*, no sentido de haver uma defesa do sistema-cliente, contudo esta defesa deverá ir decrescendo à medida que este ganhe maior capacidade de intervenção sobre o seu próprio destino. Embora o conceito de *empowerment* apresente múltiplas dimensões, ele implica necessariamente o “acréscimo de poder por parte de sujeitos que apresentam alguma vulnerabilidade na sua cidadania por falta do poder necessário para assegurar o exercício dos seus direitos e deveres como sujeitos ativos das suas comunidades e sociedades” (Pinto, 2011, p. 89). O *empowerment* tem como principal objetivo libertar os sujeitos que se encontram com a sua capacidade de ação diminuída e capacitá-los no sentido de aumentarem a sua capacidade de ação e de elaboração da sua realidade de vida.

Desta forma, o Assistente Social assume diversos papéis e funções, nomeadamente i) o desenvolvimento e implementação de planos de ação; ii) a gestão do processo institucional de intervenção; iii) a avaliação; iv) o apoio à família nos encaminhamentos para outros serviços e/ou profissionais, especialmente perante necessidades urgentes; v) o envolvimento e colaboração com a rede informal, para ajudar na gestão de recursos na partilha de informação relevante e na promoção do trabalho em equipa; vi) a articulação e colaboração com outros profissionais, para assegurar comunicação, consistência, trabalho em equipa e partilha de informação relevante entre todos. Conforme as

necessidades, providencia treino de competências parentais e de resolução de problemas, fornece informação, aconselha e dá suporte prático (Sousa; Hespana; Rodrigues & Grilo, 2007).

Segundo De Robertis, (2011, p.140-141) as intervenções sociais podem ser caracterizadas em intervenções diretas (onde existe um contacto direto entre sistema-interventor e sistema cliente) e intervenções indiretas (que consistem em todas as ações realizadas sem a presença do sistema-cliente). Na opinião da mesma autora a intervenção pode passar por diferentes fases, sendo elas início, meio e fim, embora na prática estas fases se possam confundir, sobrepor e mesmo apresentar-se de forma simultânea. A intervenção começa com a determinação do pedido/ problema social e, após a análise da situação e avaliação/diagnóstico social, procede-se à elaboração do projeto de intervenção, prosseguindo-se a implementação desse mesmo projeto, a avaliação dos resultados e o encerramento da ação.

Na perspetiva de Carvalho (2013), existem objetivos específicos do Serviço Social em contexto institucional. Assim, o Assistente Social preocupa-se com: i) a integração do residente na vida e nas atividades da instituição, prestando-lhe todo o apoio social que requeira; ii) a adaptação entre o residente e a instituição; iii) a garantia que os residentes estejam informados e orientados sobre os seus direitos e recursos sociais existentes e a utilização dos mesmos; iv) a manutenção e promoção da relação do residente com o seu meio familiar, grupal e comunitário; v) e na prevenção e intervenção no surgimento de conflitos interpessoais na instituição.

Segundo a APPSS (2015), cabe ao Assistente Social prestar apoio social individualizado aos residentes, proporcionando-lhes informações, orientações e aconselhamento sobre os direitos e recursos sociais existentes. É da responsabilidade deste profissional efetivar as diligências administrativas e burocráticas que os clientes necessitam durante a sua estadia e que eles próprios não possam concretizar. O Assistente Social deve ser o profissional de referência, contactando as famílias dos clientes, procurando promover a manutenção da relação existente entre eles, para assim prevenir e intervir em eventuais conflitos família-cliente-instituição, que possam surgir. É importante que este profissional seja um mediador e um interventor quando surgem conflitos entre a equipa técnica, esta equipa pode ser constituída por diferentes técnicos, como psicólogos, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, entre outros. Cabe-lhe ainda a



este profissional, gerir a lista de espera e os procedimentos de admissão na instituição, executando as diligências administrativas necessárias, efetivando a receção e avaliação dos pedidos, priorizando-os em função dos critérios regulamentares definidos. Neste sentido, pode-se afirmar que este profissional ajuda na organização das atividades de animação, lazer e ocupação, em articulação com os outros profissionais, como os animadores socioculturais.

Assim as principais funções do Assistente Social situam-se a nível individual, familiar e grupal. Em relação ao nível individual cabe ao Assistente Social: i) informar telefonicamente ou presencialmente sobre o acesso e condições de vida na instituição a quem o solicitar; ii) realizar a receção dos clientes bem como a sua admissão; iii) realizar entrevistas de pré-admissão e de admissão; iv) efetuar avaliação social do cliente; v) elaborar o protocolo estabelecido para admissão, bem como para a saída do residente, seja este de carácter voluntário ou por outro motivo; vi) incentivar os clientes na participação dos diferentes projetos e atividades que se desenvolvam na instituição e/ou comunidade; vii) informar e aconselhar os clientes sobre as suas necessidades sociais, bem como garantir-lhes o acesso aos diferentes programas e recursos sociais existentes; viii) elaborar relatórios sociais sobre o cliente, a pedido de entidades e organismos oficiais; ix) realizar entrevistas de intervenção com os clientes com o objetivo de resolver determinadas situações que possam ocorrer; x) criar projetos de intervenção individual dos clientes (desenvolvendo as intervenções da sua competência) e o seu acompanhamento e avaliação.

Em relação ao nível familiar cabe ao Assistente Social: i) realizar entrevistas à família dos clientes, efetuando o estudo das suas características sociais; ii) promover a relação existente entre o cliente e sua a família, envolvendo-a no novo projeto de vida que o cliente vai viver na instituição; iii) informar a família sobre a evolução psicossocial do cliente bem como da sua integração; iv) prevenir e intervir em prováveis situações de conflito no âmbito das relações institucionais a todos os níveis.

No que diz respeito ao nível grupal, o Assistente Social deve promover e favorecer a criação de grupos de residentes procurando que, segundo os seus interesses, desenvolvam diferentes áreas, como a cultura, cívica, artística, recreativa, associativa e de autoajuda. Estes grupos são importantes porque favorecem a oportunidade de os

residentes se integrarem, de participarem e aproveitarem de forma positiva o seu tempo de ócio (Carvalho, 2013).

Em relação às qualidades e capacidades dos Assistentes Sociais, Ander-Egg (1995) sistematiza aquelas que considera serem as mais importantes para o desenvolvimento de uma intervenção social, nomeadamente qualidades técnicas e humanas. Em relação às qualidades técnicas o autor destaca: i) a capacidade de transformar as ideias em ações; ii) a capacidade de análise, realizando uma apreciação sistemática das várias partes de um problema; iii) a capacidade de síntese; iv) a capacidade para tratar e compreender os problemas dos clientes e v) a capacidade e adaptabilidade para alterar a abordagem aos problemas. Em relação às qualidades humanas, destaca: i) a capacidade para a motivação e estímulo, promovendo a participação ativa dos clientes; ii) a aptidão para o relacionamento humano; iii) a sensibilidade social; iv) a maturidade humana e v) a convicção e a confiança na capacidade das pessoas para exercerem as suas potencialidades com vista à realização pessoal e à resolução dos seus problemas.

Para além do que foi referido anteriormente, é também da responsabilidade do Assistente Social levar a cabo, em contexto institucional, o desenvolvimento de um conjunto de atuações na área específica dos maus-tratos institucionais. Assim, cabe ao Assistente Social, reconhecer que os maus-tratos institucionais existem e que estes podem acontecer na instituição que dirigem e/ou nas quais trabalham. Caso esteja na direção da instituição, cabe-lhe elaborar guias de atuação sobre o procedimento que podem levar aos maus-tratos, incentivar o pessoal através de salários mais elevados, compensando os trabalhadores pela qualidade do seu trabalho. É importante selecionar as pessoas que possuam uma qualificação adequada para a função que desempenha e orientá-las para as tarefas a realizar antes da sua inserção laboral, bem como promover programas de formação contínua sobre o reconhecimento e prevenção da violência.

É pois, importante que exista uma sensibilização sobre os maus-tratos institucional aos funcionários, através de workshops/formação com exemplos reais de situações quotidianas da instituição bem como consciencializar os funcionários de que encobrir os maus-tratos por “lealdade”, os torna cúmplices de um possível delito. É essencial que existam reuniões de equipas para falar sobre as dificuldades na forma de enfrentar as situações quotidianas com os clientes (Carvalho, 2013).

Em relação aos clientes deve-se informar o cliente e a sua família dos seus direitos e deveres na relação com a instituição, incentivando-se o cliente a denunciar os casos de possíveis maus-tratos institucionais e defendê-los no caso em que o cliente esteja numa situação de incapacidade, informando o seu representante legal.

Uma vez elaborada a atuação do Assistente Social em contexto institucional, importa agora fazer referência à prática do Assistente Social, no âmbito da Incapacidade Intelectual. Neste âmbito, o Assistente Social deve provocar uma mudança nos indivíduos bem como na sociedade. Segundo Louro (2001, p. 21) a prática profissional do Assistente Social, no âmbito da deficiência passa pela

(...) desdramatização da situação causada pela deficiência e uma atuação a todos os níveis, que permite à pessoa com deficiência adquirir autonomia, realização profissional pessoal e integração social, para poder usufruir plenamente dos seus direitos de cidadania.

Esta integração social, na opinião de Gomes (2001 citado em Silva, 2012), depende particularmente dos Assistentes Sociais, para além dos outros profissionais, bem como dos pais e familiares. Para que esta integração seja possível é necessário um conjunto de procedimentos metodológicos que abrangem a avaliação do impacto das medidas de política junto de pessoas e grupos específicos, o diagnóstico das necessidades sociais emergentes, baseado num processo participativo das pessoas envolvidas (Santos, 2006).

Neste contexto, e na perspetiva do autor supracitado (p.16):

O objetivo fundamental dos técnicos de Serviço Social que trabalham com “a pessoa portadora de deficiência” é a Educação, Reabilitação e Integração. Na sua função específica, tentaram, progressivamente, que a pessoa com deficiência ultrapasse as etapas da sua reabilitação e que consiga obter um comportamento socialmente aceitável, evitando a sua segregação, favorecendo a sua autonomia, realização pessoal e integração social.

Ainda segundo o mesmo autor a atuação do Assistente Social, no âmbito da deficiência, deve ter em conta seis princípios essenciais: i) realizar reuniões de avaliação do jovem, (onde constem informações sobre a família para assim ser possível a elaboração do diagnóstico clínico e social); ii) colaborar com a restante equipa técnica (para discutir possíveis soluções para a problemática desencadeada pela situação da deficiência, bem

como realizar reuniões periódicas com os membros da família na presença dos restantes membros da equipa, com o intuito de se promover uma relação entre os técnicos e os familiares); iii) consciencializar as famílias sobre a deficiência bem como das potencialidades dos seus filhos (ajudando-os na articulação com outras instituições); iv) promover a participação dos pais na realização de atividades desenvolvidas nas respetivas instituições (para que assim seja possível o contacto destes jovens com o exterior); v) envolver os pais no processo de reabilitação do jovem (estimulando-os para uma atitude favorável e um ambiente estável e equilibrado) e vi) promover a integração do jovem com a noção dos padrões, valores e regras sociais (possibilitando-lhe a inserção num mundo que lhe é desconhecido).

Segundo Carvalho (2013) cabe também a este profissional o preenchimento de certos formulários existentes nas instituições, como no caso dos CAO, onde os principais documentos que o Assistente Social tem de preencher são o contrato de alojamento e o documento referente ao serviço celebrado entre os responsáveis do cliente e da instituição (documento imprescindível na admissão dos cliente). Existem outros documentos como é o caso do formulário de justificação de faltas, grelhas de medicação, relatórios de consultas, exames de acompanhamento e fichas de inscrição, (entre outros) que necessita conhecer e implementar. Para além das diferentes funções que já foram referidas, por vezes, o Assistente Social é concomitantemente o diretor técnico da instituição, tendo a responsabilidade de supervisionar e coordenar as atividades e funções de todo o pessoal (com exceção do departamento administrativo, sendo que este depende da direção). Para a atuação da sua prática, o Assistente Social auxilia-se das políticas sociais como a pensão social por invalidez, pensão de sobrevivência ou o complemento por dependência consoante o grau dependência de cada beneficiário. Para exercer a sua profissão, o Assistente Social recorre, ainda, a documentos chave, como a carta social, o código civil, o contrato colectivo de trabalho e toda a legislação disponível para as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e para a problemática da deficiência.

Há uma série de instituições portuguesas que estão, neste momento, a trabalhar no Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais, o qual visa promover a qualidade das respostas sociais de âmbito público, privado e solidário. Procura-se assim, garantir aos cidadãos o acesso a serviços de qualidade adequados à satisfação das suas necessidades e expectativas, cabendo à

organização, organizar e promover, tendo em conta este ou outro o modelo de avaliação, um conjunto de documentos e procedimentos que constituirão as evidências do sistema de qualificação.

O grande objetivo do Assistente Social no que diz respeito à intervenção no campo da Incapacidade Intelectual consiste no facto de tentar, de forma progressiva, que estas pessoas sejam integradas na sociedade. Para que tal possa ser uma realidade é importante o trabalho em equipa constituída por diferentes profissionais, desenvolvendo uma abordagem holística e compreensiva, com o intuito de se poder perceber as interações entre os múltiplos sistemas sociais e biológicos que constituem a pessoa (Carvalho, 2013; Silva, 2012).

Segundo Silva (2012), qualquer técnico que desenvolva o seu trabalho na área da deficiência reconhece que o seu trabalho fica mais enriquecido quando existe partilha entre todos os membros de uma equipa. Esta ideia é corroborada por Louro (2001) quando afirma que o Assistente Social deve estar integrado numa equipa, na qual cada técnico deve ter um lugar reconhecido por todos os membros da equipa. Esta equipa poderá ser multidisciplinar ou interdisciplinar ou ainda transdisciplinar, contribuindo para a habilitação da pessoa com deficiência. Gomes (2010) acrescenta ainda a ideia de que um bom trabalho em equipa depende, diretamente ou indiretamente, da correta execução da função de cada um dos vários colaboradores. A coesão, o funcionamento e a estabilidade da equipa que trabalha em instituições são determinantes, acabando por afetar positiva ou negativamente o ambiente e o quotidiano dos residentes. A essência do trabalho em equipa está no facto de existir uma partilha de diferentes saberes e conteúdos técnicos, o que pressupõe partilha de informação e dúvidas bem como promoção e desenvolvimento de um sentimento de pertença.

Nas respostas sociais de apoio a pessoas com deficiência, normalmente, encontramos equipas constituídas por Psicólogos, Educadores, Terapeutas da Fala, Fisioterapeutas, Professores e Assistentes Sociais que, normalmente se reúnem semanalmente ou mensalmente, discutindo variadíssimos assuntos (por exemplo, tomam-se decisões coletivas das respostas a dar a cada cliente/família).

Para Santos e Morato (2002) a intervenção com pessoas com deficiência deve ter por base a integração na sociedade, oferecendo condições de realização e aprendizagem a

todos os níveis, independentemente das condições, dificuldades ou limitações apresentadas. A necessidade de reflexão sobre as condições destas pessoas para exercerem os seus direitos de cidadania e sobre o papel do Assistente Social enquanto agente das políticas sociais existentes é o desafio colocado ao Serviço Social neste âmbito, atualmente. A ação e reflexão do profissional implicam um conjunto de procedimentos metodológicos, que incluem a avaliação do impacto das medidas de políticas junto de alguns grupos específicos, nomeadamente as pessoas portadoras de Incapacidade Intelectual (Santos, 2006).

O contexto institucional no âmbito da deficiência, nos CAO e nos Lares Residenciais existem pessoas de variadas idades, acima dos 16 anos pelo que é importante fazer referência ao envelhecimento das pessoas com deficiência, situando o Serviço Social apresenta um papel fundamental na promoção de condições de vida e na assunção de comportamentos facilitadores de um envelhecimento saudável.

A esmagadora maioria das pessoas com deficiência, essencialmente com maiores níveis de dependência, está inserida em famílias clássicas. Os pais são os principais cuidadores dos filhos com deficiência e com o aumento da esperança média de vida destes, acresce a probabilidade de muitas pessoas com deficiência sobreviverem aos progenitores. Desta forma, surge uma grande preocupação, por parte dos progenitores, para encontrarem respostas adequadas para os seus filhos (Neves, 2011).

Os recursos sociais existentes são, por vezes, escassos, sendo importante criar respostas sociais de enquadramento para pessoas com deficiência. Uma das soluções que os progenitores encontram para os seus filhos com deficiência, passa por um acolhimento numa estrutura residencial. Para tal é importante existir um planeamento das soluções de alojamento a adotar, bem como um planeamento relativo às questões financeiras e legais. Cabe aos Assistentes Sociais informar e apoiar os indivíduos com deficiência bem como as suas famílias, atuando numa perspetiva sistémica, intervindo como agentes facilitadores da mudança. É essencial que o trabalho seja realizado em conjunto, ou seja, entre Assistente Social e a família, acabando por este promover a participação ativa das famílias. Como defende Almeida (2007), é importante encarar a família como companheira, colaboradora do processo de intervenção e dar valor às suas capacidades.

Estes contextos institucionais lares têm também como objetivo proporcionar às pessoas com deficiência o acesso a redes sociais, integrados por clientes que frequentam o mesmo estabelecimento e por profissionais que aí exercem a sua atividade. Contudo e segundo Bigby (2009, citado em Carvalho, 2013) existe alguma fragilidade nestas redes acontecendo, frequentemente, que o espaço social habitado pelas pessoas com deficiência se apresenta fragmentado e dividido entre duas esferas, a família e a instituição, não existindo interação entre estes elementos. Assim, torna-se importante construir redes informais de apoio em torno das pessoas com deficiência, que promovam a sua inclusão e participação social. Considera-se como redes informais ou primárias, o conjunto de indivíduos que interagem e possuem afinidades de carácter pessoal, considerando um quadro não formal. A família, os amigos, os vizinhos, entre outros, estão inseridas nestas redes (Guedon e Lacroix 1984,1990, citados em Guadalupe, 2009). Existem, ainda, as redes secundárias e formais que segundo Blachet e Guedon (1981, 1990, citado em Guadalupe, 2009) se enquadram num quadro institucional/formal que integra um conjunto de pessoas focadas numa mesma função. Estas redes compreendem os recursos da comunidade, nomeadamente as organizações e instituições.

Sabendo que é necessário que existam atividades que ocupem o quotidiano destas pessoas, este não é o pilar mais importante de uma resposta social. O essencial é proporcionar às pessoas com deficiência, em contexto institucional, serviços e apoios especializados, que elas escolham e valorizem, permitindo-lhes alcançar um sentido de realização pessoal, de inclusão social e de dignidade humana. Conforme Carvalho (2013), é necessário uma reorientação dos serviços e das práticas institucionais, para ser possível refletir sobre as necessidades e objetivos individuais dos clientes. Segundo Neves (2011), para que exista qualidade de vida nas pessoas com deficiência e nas estruturas residenciais, é importante que exista articulação entre um conjunto complexo de fatores organizacionais e relacionais, que devem ter como objetivo o respeito e a promoção da dignidade de cada pessoa, considerando a sua individualidade como sujeito de direitos, titular de uma cidadania plena.

Em suma, e tendo em conta as ideias de Stalker e Robinson (2008, citados por Santos, 2010) o papel fundamental do Assistente Social, na área da DM, deve ser um papel de promoção da autonomia da pessoa, trabalhando para que esta tenha uma vida autónoma e integrada na sociedade. É importante referir que a pessoa com deficiência deve ter

oportunidade para exercer as suas escolhas e o controlo sobre a sua vida, inserindo-se em grupos onde a sua participação seja valorizada. Segundo a *Ligue Internationale des Associations pour les Personnes Mentales* (s.d citado em Santos & Morato, 2002) o objetivo principal da intervenção com pessoas com DM reside no seu desenvolvimento global, no que diz respeito às suas potencialidades, qualidades e capacidades individuais.

Assim, para que o objetivo principal da intervenção com pessoas com Incapacidade Intelectual seja concretizado é necessário um grande trabalho por parte de todos os técnicos envolvidos no processo, bem como das pessoas com Incapacidade Intelectual e suas famílias.

Na perspetiva de Giddens (1989), a família, sociologicamente, tem como função a socialização primária (ou seja, é na família que a criança adquire as normas culturais da sociedade onde está inserida, procurando obter um desenvolvimento intelectual e sócio afetivo) e quando numa família nasce uma criança com deficiência ou quando esta é diagnosticada numa fase mais tardia, gera-se quase sempre uma crise. Uma vez que vai existir uma perda de identidade grupal devido ao facto da criança possuir características diferentes do considerado normal. A partir do momento em que todos os membros da família se confrontam com a realidade de terem a seu cargo um portador de deficiência, ocorrem várias alterações na organização familiar. Este novo cenário vai exigir uma redefinição de papéis em todos os elementos da família e, consequentemente, a apropriação de novos valores e padrões de comportamento (Neves, 2011; Sousa et al., 2007).

Segundo Santos (2010) e Martins (2012), a intervenção com a família é a mais antiga forma de trabalho social, sendo esta uma interferência no sistema natural do indivíduo. Quando o trabalho social incide na totalidade da família da pessoa com deficiência existe uma maior probabilidade que o impacto sobre a mesma seja mais positivo e resolutivo.

Neste contexto, é importantes os pais estarem envolvidos no processo de educação dos filhos, recebendo acompanhamento específico logo desde a revelação do problema, de forma a minimizar o sentimento de culpabilidade que a maioria dos pais sente.



Caparrós (1998) enumera alguns dos princípios que o Serviço Social deve ter em conta para uma correta intervenção nesta área. A título exemplificativo podemos referir, i) a elaboração de uma completa e detalhada história social da família, realização de um estudo do sistema familiar (ou seja, estrutura, hábitos, funcionamento, entre outros); ii) realização da intervenção envolvendo todos os membros da família; iii) responsabilizar a família pelo sucesso da intervenção; iv) valorizar os sentimentos do seu cliente. Uma vez que cada família reage de maneira diferente aos problemas é importante que, na análise de uma determinada família, se tenha em conta a capacidade de resolução de conflitos e os recursos de que dispõe para os enfrentar.

Devido às alterações que têm ocorrido ao nível conceptual e à forma como as pessoas com Incapacidade Intelectual são vistas pela sociedade, houve também uma evolução na forma como a família intervém na inserção dos seus filhos com deficiência. A família tornou-se defensora dos direitos da pessoa com Incapacidade Intelectual, tornando-se um interveniente ativo, fazendo com que os profissionais se adaptassem a novas atitudes na forma de atuar dos pais ou familiares (Santos, 2010).

Concluindo, é importante que cada profissional vivencie cada situação, executando a sua tarefa, respeitando o outro, “não prevalecendo nas suas atitudes e comportamentos aquilo que eles defenderiam como melhor, se se encontrassem na situação daquela família” (Gronita, 2007, p. 40).

Discutida a prática do Assistente Social no contexto da Incapacidade Intelectual, de seguida apresentamos o estudo qualitativo realizado na zona centro de Portugal que visou: a) conhecer a resposta social de Lar Residencial e de CAO; b) conhecer o trabalho do Assistente Social com o cliente, com a família e com a comunidade e c) compreender o funcionamento da equipa técnica dentro do Lar residencial e do CAO.

## II. METODOLOGIA

Este estudo de índole qualitativo, e do tipo descritivo (Fortin, 1999) visa obter informações em relação ao Serviço Social no contexto na deficiência área em que existem ainda poucos trabalhos de investigação a nível nacional. A investigação qualitativa foca-se na compreensão dos problemas, analisando os comportamentos, as atitudes ou os valores. Neste tipo de investigação não existe uma preocupação com a dimensão da amostra nem com a generalização de resultados e, consequentemente, não se coloca o problema da validade e da fiabilidade dos instrumentos, como acontece com a investigação quantitativa (Sousa, 2011). Sendo indutiva, a investigação qualitativa “(...) pretende desvendar a intenção, o propósito da ação, estudando-a na sua própria posição significativa (...) tenta compreender a situação sem impor expectativas prévias ao fenómeno estudado” ( Mertens, 1998, citado em Coutinho, 2013, p 28).

Segundo Bogdan e Biklen (1994, citado em Carmo, 2008, p. 199) na investigação qualitativa “a preocupação central não é a de saber se os resultados são susceptíveis de generalização, mas sim a de que outros contextos e sujeitos a eles podem ser generalizados”.

Conforme Sampieri, Collado & Lucio (2013) nos estudos descritivos, usualmente, a meta do investigador é descrever fenómenos, contextos, situações e eventos, isto é, minuciar como são e se manifestam. Desta forma, neste tipo de estudos procura-se especificar as propriedades, as características e os perfis de pessoas, comunidades, objetos, grupos, processos, ou qualquer outro fenómeno que se submeta a uma análise.

Na opinião de Gil (citado em Dias, 2009, p. 78) o principal objetivo das pesquisas descritivas é obter as características de um “indivíduo, uma situação, ou um grupo com ou sem hipóteses iniciais específicas sobre a natureza das características, mas também determinar a frequência com a qual acontece e se relacionam dois ou mais fenómenos”.

Este tipo de pesquisa é usado por um grande número de investigadores sociais que se preocupam com a descrição das características da comunidade, das suas estruturas e das suas atitudes. As pesquisas descritivas pressupõem que o investigador já possua conhecimentos prévios sobre o que vai investigar, ou seja, deverá definir o que pretende

medir, encontrando os métodos adequados e as técnicas de uma medida válida e fiável, (ibidem).

## 2.1. CONTEXTO DO ESTUDO/ PARTICIPANTES

O presente estudo surge no âmbito do Mestrado em Educação Especial-Domínio Cónico Motor da Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Leiria e visa a) conhecer a resposta social de Lar Residencial e de CAO; b) conhecer o trabalho do Assistente Social com o cliente, com a família e com a comunidade e c) compreender o funcionamento da equipa técnica dentro do Lar Residencial e do CAO.

Para responder a estes objetivos, concretizamos este estudo em duas Instituições Particulares de Solidariedade Social da região centro de Portugal Continental, junto de três Assistentes Sociais, todas do género feminino. As três Assistentes Sociais são licenciadas em Serviço Social, a Assistente Social da Instituição A permanece na casa a cerca de oito anos, uma das Assistentes Sociais da Instituição B está na casa a cerca de 14 anos, estando a outra a realizar um estágio profissional.

## 2.2. INSTRUMENTOS DE RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS

Como técnica de recolha de dados optámos pela entrevista uma vez que “é um método de recolha de informações que consiste em conversas orais, individuais ou de grupo, com várias pessoas cuidadosamente selecionadas, cujo grau de pertinência, validade e fiabilidade é analisado na perspetiva dos objetivos da recolha de informação” (Sousa, 2011, p. 79). Sampieri et al. (2013) acrescentam que as entrevistas são íntimas, flexíveis e abertas. Em relação às questões, estas podem ser abertas, fechadas ou uma mistura de ambas (Coutinho, 2013).

De acordo com Sousa (2011), a entrevista deve apresentar um propósito bem definido (tema, objetivos e dimensões), sendo essencial ter uma imagem do entrevistado, para que assim se possa caracterizar sucintamente a pessoa.

Assim, a entrevista é uma valiosa técnica de recolha de dados, uma vez que pressupõe uma interação entre o entrevistado e o investigador, possibilitando, ao investigador, a obtenção de informação que nunca seria conseguida através de, por exemplo, um questionário (Coutinho, 2013). Para Quivy & Campenhoudt (1992, p. 194) a entrevista proporciona um “ grau de profundidade dos elementos de análise recolhidos”. Contudo, esta técnica também apresenta alguns inconvenientes, como a existência de situações em que as respostas podem ser falsas (quer de forma consciente, quer de forma inconsciente) dependendo sempre da capacidade ou incapacidade que as pessoas têm para verbalizar as suas próprias ideias (Sousa, 2011).

Segundo Fortin (1999) distinguem-se dois tipos de entrevistas, a entrevista estruturada ou uniformizada e a entrevista não estruturada ou não uniformizada. Neste estudo optámos por escolher a entrevista estruturada que segundo o mesmo autor é aquela onde o investigador executa o máximo controlo sobre o conteúdo.

Este tipo de entrevista permite que sejam efectuadas comparações entre os entrevistados acabando por haver uma maior fidelidade. Nas entrevistas estruturadas é importante que as questões sejam pré-testadas e revistas, com o objetivo de serem eliminadas ambiguidades (ibidem).

Como técnica de tratamento de dados optámos pela análise de conteúdo uma vez que “...oferece a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de complexidade e profundidade ...” (Quivy & Campenhoudt, 1995, p. 227), permitindo satisfazer os requisitos do rigor metodológico e da profundidade.

Para Carmo & Ferreira (2008) a análise de conteúdo é uma técnica que permite fazer uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo das comunicações. Deve obedecer a regras claras e precisas para que investigadores diferentes, trabalhando sobre o mesmo conteúdo, possam obter o mesmo resultado. A totalidade do conteúdo pode ser organizado em categorias precocemente escolhidas, tendo em conta os objetivos que o investigador pretende alcançar. A análise de conteúdo pode assumir uma vertente quantitativa, calculando-se a frequência dos elementos significativos.

Na perspetiva de Coutinho (2013), a análise de conteúdo permite analisar um corpo de material textual, com o objetivo de desvendar e quantificar a ocorrência de palavras,

frases, temas considerados importantes que possibilitem uma comparação posterior. A ideia essencial é que signos, símbolos e palavras (as unidades de análise) possam organizar-se em categorias conceptuais e essas categorias possam representar uma teoria que se pretende provar.

Para o autor supracitado podem-se considerar dois tipos de análise de conteúdo: a) uma é que faz intervir as categorias pré definidas anteriormente à análise propriamente dita e b) outra em que não as fazem intervir, apresentando uma carácter unicamente exploratório. No primeiro caso, a análise “está associada a um quadro teórico que a sustém e ao qual se refere, e no segundo, os resultados são devidos unicamente à metodologia de análise, estando isenta de qualquer referência a um quadro teórico preestabelecido” (ibidem, p. 217).

### 2.3. PROCEDIMENTOS

Após definir o âmbito do estudo foi feito o levantamento de bibliografia sobre a Incapacidade Intelectual sobre os Lares Residenciais e os Centros de Atividades Ocupacionais e sobre o papel do Assistente Social no contexto da deficiência. Com estes dados elaborou-se o enquadramento teórico e definiu-se a metodologia a seguir, os participantes, os instrumentos de recolha e análise de dados.

De forma a poderem ser realizadas as entrevistas procedeu-se ao levantamento de instituições que preenchessem os requisitos pretendidos, ou seja, que fossem instituições direccionadas para a área da deficiência e que possuíssem a valência de CAO e que da equipa técnica fizessem parte um Assistente Social. Posteriormente, foi efectuada uma pesquisa sobre as referidas instituições, na cidade de Leiria.

Após esta pesquisa, foram contactadas via email duas instituições que aparentavam preencher os requisitos, referidos anteriormente, tendo sido apresentados de forma resumida os objetivos do estudo, bem como a forma como a instituição poderia colaborar no mesmo.

Após a realização do pedido formal, aguardou-se a resposta das instituições. Dos dois contactos iniciais que foram efectuados apenas uma das instituições respondeu via email, a explicar que naquele momento a valência de CAO tinha sido extinta pelo que

não se justificava a colaboração. Não tendo resposta da outra instituição contactei-a via telefone, a qual respondeu que não estava disponível para participar no estudo.

Face a estas respostas, foram novamente efetuados novos contactos com outras instituições, da cidade de Leiria, via telefone. Uma dessas instituições deu o seu aval, tendo-se procedido ao contacto formal. Não havendo outras respostas de instituições da cidade de Leiria, contactou-se uma instituição da cidade de Fátima, com características específicas (resposta residencial e educativa).

Com a anuência das direções destas duas instituições, a marcação das datas para a realização das entrevistas ficou à disponibilidade das Assistentes Sociais. Paralelamente a estes contactos foi sendo realizado o guião da entrevista considerando os objetivos do estudo, que foi testado no dia 16 de janeiro de 2015, junto de um colega (Assistente Social) que trabalho em contexto de CAO, numa Instituição também da região centro de Portugal Continental.

Definidas as datas, no dia 24 de fevereiro de 2015, desloquei-me à Instituição A e concretizei a entrevista 1 junto da participante 1 (AS1).

No dia 17 de março de 2015, desloquei-me a Fátima à Instituição B, onde realizei duas entrevistas (inicialmente só estava a espera de realizar uma, mas no dia da entrevista duas Assistentes Sociais disponibilizaram-se para participar no estudo, tendo optado por fazer entrevistas separadas às colegas).

Com dados de duas entrevistas em contexto de resposta social educativa e residencial, colocou-se a hipótese de fazer mais uma entrevista numa instituição que possuísse a valência de CAO, com o objetivo de ficar com duas entrevista de cada resposta social. Ainda entrei em contacto, via email, com duas instituições com valência de CAO, na cidade da Guarda, no sentido de saber se as mesmas estavam disponíveis para participarem no estudo. Não tendo tido respostas afirmativas, não foi possível concretizar este desejo investigado

Recolhidos os dados transcrevemos as três entrevistas, palavra a palavra, na íntegra e o mais fiel possível ao que ocorreu (Anexo 2, Anexo 3 e Anexo 4), a fim de se proceder a análise de conteúdo. Na transcrição das entrevistas as instituições foram identificadas por Instituição A, tendo sido a Assistente Social desta instituição identificada por AS1 e

Instituição B, onde as duas Assistentes Sociais foram identificadas por AS2 e AS3, para assim garantir a confidencialidade e anonimato dos dados.

Transcritos os dados, procedeu-se à análise de conteúdo (Anexo 5 e Anexo 6), com a identificação de duas grandes categorias: “Caracterização da Instituição” e “Trabalho do Assistente Social”. Cada uma destas categorias, subdividem-se em subcategorias: público-alvo, organização do espaço/equipamentos e recursos humanos (Características da Instituição) e trabalho com a família, trabalho com o cliente, trabalho da equipa técnica e trabalho na comunidade (Trabalho do Assistente Social). Na categoria “Caracterização da Instituição” consideram-se todos os dados que permitissem conhecer as características dos clientes da Instituição, da organização em termos da resposta social e de espaços e de recursos existentes. Na categoria “Trabalho do Assistente Social”, incluem-se todos os dados relativos ao saber fazer do AS, seja na sua relação com a família do cliente e/ou os seus colegas e/ou com a comunidade.

Em relação ao trabalho com a família pretende-se conhecer o trabalho desenvolvido com a família no sentido de diagnosticar as necessidades do cliente e da família e de a capacitar para que esta continue a prestar apoio ao cliente, bem como ajudá-la no processo de reabilitação e de integração do cliente. Todas as competências que o AS tenta promover nos familiares no sentido de incentivar a presença e a continuidade das suas funções de cuidador, quando o cliente entra para a instituição.

No que diz respeito ao trabalho com o cliente é o trabalho que o Assistente Social faz com o cliente desde o momento de inscrição até à admissão na instituição. Quando o cliente já se encontra na instituição, todo o trabalho desenvolvido no sentido de satisfazer as necessidades do cliente proporcionando-lhe bem-estar físico e emocional, (técnicas e instrumentos que utiliza na sua intervenção com o cliente).

Em relação à subcategoria trabalho na comunidade diz respeito ao trabalho que o Assistente Social desenvolve com a comunidade no sentido de integrar o cliente na sociedade: dar a conhecer à comunidade o trabalho que é feito na instituição com os clientes e procurar uma ligação entre comunidade /cliente, para que este possa ter um papel ativo na comunidade.

Ainda em relação ao trabalho de equipa pretende-se conhecer a forma como a equipa técnica se organiza, e qual é o trabalho realizado por cada técnico no sentido de satisfazer as necessidades dos clientes.

Por fim procedeu-se à discussão dos dados procurando-se dar resposta aos objetivos formulados.



### III. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo apresentam-se os dados obtidos nesta investigação. Assim num primeiro momento serão apresentados os dados relativos ao processo de elaboração do guião da entrevista e num segundo momento os resultados das instituições advindas das entrevistas. Num terceiro momento revelam-se os dados das entrevistas relativas ao papel do AS. Num quarto momento apresenta-se a discussão dos dados obtidos.

De referir que os dados serão apresentados num texto narrativo, ao qual se juntam excertos das entrevistas com o objetivo de esclarecer melhor a análise realizada sobre o conteúdo das entrevistas, relativas às categorias em estudo (Características da Instituição e Trabalho do Assistente Social).

**Quadro 1-** Identificação das Categorias

| <b>Categorias</b>             | <b>Subcategorias</b>                |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| Caracterização da Instituição | Público-Alvo                        |
|                               | Organização do Espaço/ Equipamentos |
|                               | Recursos Humanos                    |
| Trabalho do Assistente Social | Trabalho com a Família              |
|                               | Trabalho com o Cliente              |
|                               | Trabalho da Equipa Técnica          |
|                               | Trabalho na Comunidade              |

#### 3.1. CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Para a realização deste estudo, houve necessidade de construir um guião de entrevista que responde-se especificamente aos objetivos de estudo. O processo de construção deste instrumento passou por várias fases: 1.º fase- elaboração do primeiro guião com trinta e uma questões, organizado em sete blocos (experiência profissional do Assistente Social; dados sobre a instituição; identificação do público-alvo; Serviço Social e a sua

prática; conhecer o plano de atividades do CAO; conhecer o trabalho realizado com o cliente e articulação com a família), e em dezoito indicadores. Após análise e reflexão do primeiro guião surge então, numa 2.º fase- a elaboração do segundo guião agora com trinta e três questões, organizado em nove blocos (legitimação da entrevista e motivação do entrevistado; experiência profissional do Assistente Social; dados sobre a instituição; identificação do público-alvo; Serviço Social e a sua prática; conhecer o plano de atividades do CAO; conhecer o trabalho realizado com o cliente; articulação com a família e finalização e agradecimentos) e em vinte e um indicadores.

O segundo guião foi testado numa entrevista piloto, realizada a um Assistente Social que exerce funções num Centro de Atividades Ocupacionais, também da região Centro de Portugal Continental. Após a realização da entrevista piloto foi possível observar que o guião estava extenso e que existiam perguntas na entrevista que não estavam perceptíveis. Desta forma, o guião foi revisto e surgiu um novo guião (Anexo 1) com vinte e uma questões, organizado em nove blocos e em trinta indicadores tendo sido este utilizado para a realização das três entrevistas do presente estudo. Durante a realização das entrevistas foi garantido o anonimato e a confidencialidade, bem como o pedido de consentimento para gravar a entrevista. Deste modo foi explicado que o gravador proporciona um registo mais completo da entrevista, tratando-se apenas de um meio de registo de informação somente utilizada no âmbito desta investigação.

### 3.2. DADOS RELATIVOS À CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES

#### 3.2.1. PÚBLICO-ALVO

Conforme AS1, a Instituição A dá apoio “(...)a jovens e adultos do género masculino e feminino com deficiência a partir dos dezasseis anos, idade igual ou superior a dezasseis mas depois não há um limite máximo.” (AS1). Dentro da deficiência “(...) temos casos muitos diferenciados (...) temos a física, temos a intelectual, temos multissensorial, a nível sensorial temos um caso que até é cega surda e muda. Depois temos também a doença mental (...) Esses casos são em menor número. “ (AS1). Em termos de permanência na instituição há clientes que estão desde a fundação da instituição há cerca de vinte e cinco anos. Os clientes que frequentam o CAO são

selecionados segundo alguns critérios “(...) portanto não possuir historial de violência ou predisposição para a violência que ponha em causa a segurança dos clientes e dos funcionários (...) portanto depois aqui a pontuação vai de zero a dez. O segundo critério vai de acordo com os critérios definidos e com as condições físicas e humanas disponíveis na instituição, ou de acordo com as exigências de cada caso. Situação de emergência social; risco de isolamento social e a área de residência, nós aqui damos prioridades a casos dentro do conselho de Leiria ou zonas limítrofes (...)” (AS1).

A Instituição B apoia pessoas com deficiência mental e simultaneamente motora, “(...) os nossos clientes tem todos portadores de deficiência física, um cliente que efetue marcha pode colocar em causa a segurança dos outros residentes para além da sua segurança propriamente dita. Temos situações em que o residente não tem autonomia (...)” (AS2). São clientes com idades compreendidas entre os dois anos e os quarenta e cinco anos. Os clientes com idades compreendidas entre os seis e os dezoito anos frequentam a escola de ensino especial, dentro da própria instituição, outros frequentam o ensino normal que segundo AS3, “ (...) é uma articulação que se faz com algumas dificuldades no início mas com resultados positivos.” Para os clientes serem admitidos na Instituição têm de reunir três requisitos “(...) ter idades compreendidas entre os dois anos e os quarenta e cinco à data de internamento; ser portador de deficiência mental e motora simultaneamente e não efetuar marcha (...)” (AS3).

Os clientes permanecem “(...) desde a admissão, até o seu falecimento ou até que a família entenda que o quer levar, o que não acontece não é? O que não acontece.” (AS2). AS2 e AS3 referem que há clientes que estão na instituição há vinte e cinco anos “ (...) temos aí clientes, nós fizemos vinte e cinco anos de existência e temos clientes aí a vinte e cinco anos de existência sim. Foram os primeiros a ser admitidos e ainda estão aí.”. Alguns dos clientes vão ao fim de semana, de quinze em quinze dias à família “(...) outros estão sempre connosco, desde o dia que entraram cá até hoje.” (AS3).

Em relação ao facto de os clientes à data de admissão estarem com as suas famílias ou de serem clientes de outras instituições, AS2 e AS3 referem que existem as duas situações. Contudo, quando os clientes “(...) vêm diretamente da família [e] aí a fase da integração é mais complexa e mais difícil (...)” (AS2).

### 3.2.2. ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO/ EQUIPAMENTOS

Assim a Instituição A é uma IPSS, que existe há mais de vinte anos na cidade de Leiria e “(...) *tem personalidade jurídica, desde 1990 (...) iniciou primeiro com cursos de formação para pessoas com deficiência, portanto era um pequeno grupo...ahm depois esse mesmo grupo é que decidiu fundar assim a Instituição.*” Em termos de respostas sociais a Instituição A é composta por “ (...) *dois Centros de Atividades Ocupacionais cada um com trinta clientes e temos dois Lares Residenciais, um com capacidades para dezoito e outro para oito (...) temos uma residência autónoma (...) e tem capacidade para sete.*”(AS1). Os Centros de Atividades Ocupacionais são distintos um do outro o “ (...) *CAO um (...) é completamente diferente, dá a ideia de que é mais oficial, porque tem as oficinas de artes, tem a oficina de encadernação tem a sala de informática. Portanto, o espaço, as características são completamente diferentes e os casos que temos lá em baixo também são diferenciados relativamente ao CAO dois.* (AS1). Na opinião de AS1 “(...) *as salas (...) pronto têm casos muitos diferenciados, não são homogéneas são heterogéneas (...)*”. A Instituição A apresenta como missão a prestação de serviços de qualidade que promovam a reabilitação e a inclusão das pessoas com deficiência e das suas famílias. Para que a reabilitação e a integração sejam alcançadas, a Instituição, abarca um vasto leque de projetos e atividades desenvolvidas em prol do bem-estar e qualidade de vida dos seus clientes. Alguns exemplos de atividades são terapia em meio aquático, natação adaptada, equitação terapêutica, boccia, snoezelen, reabilitação funcional, psicomotricidade, treino de competências, encadernação, massoterapia, entre outras.

A Instituição B é uma IPSS em regime de Lar Residencial que acolhe cento e noventa e duas crianças, jovens e adultos com multideficiência e surge como uma resposta à população com multideficiência e suas famílias. De âmbito nacional promove dois tipos de internamento: definitivo e temporário. É uma estrutura residencial de grandes dimensões, a qual foi concebida para proporcionar um ambiente familiar encontrando-se dividida em dezasseis unidades residenciais semiautónomas, cada uma delas com doze residentes. Dentro da instituição existe, ainda, uma escola de educação especial. No que diz respeito aos serviços “(...) *existem vários serviços, existe o Serviço Social, o Serviço de Reabilitação, o Serviço Clínico e o Serviço de Animação/ Ocupação.*” (AS3). Esta

Instituição apresenta como principal missão cuidar de crianças, jovens de adultos portadores de multideficiência, proporcionando qualidade de vida, bem-estar e integração na comunidade.

### 3.2.3. RECURSOS HUMANOS

No que diz respeito a subcategoria recursos humanos, a Instituição A é composto por três Assistentes Sociais, duas Psicólogas (uma destas técnicas acumula a função de coordenadora da resposta social- Residência Autônoma), uma Professora de Artes, uma Educadora Social, uma Animadora Cultural, uma Técnica de Reabilitação, dois Terapeuta Ocupacional, um Fisioterapeuta voluntário e um Ajudante de Fisioterapia, num total de treze técnicos. Existe, ainda um Coordenador Técnico do CAO, um Coordenador Técnico dos Lares Residenciais, uma Enfermeira, três Auxiliares de Serviços Gerais, uma Escriturária, uma Despenseira, dezoito Ajudantes da Ação Direta, um Encadernador, sete Monitoras e uma Motorista.

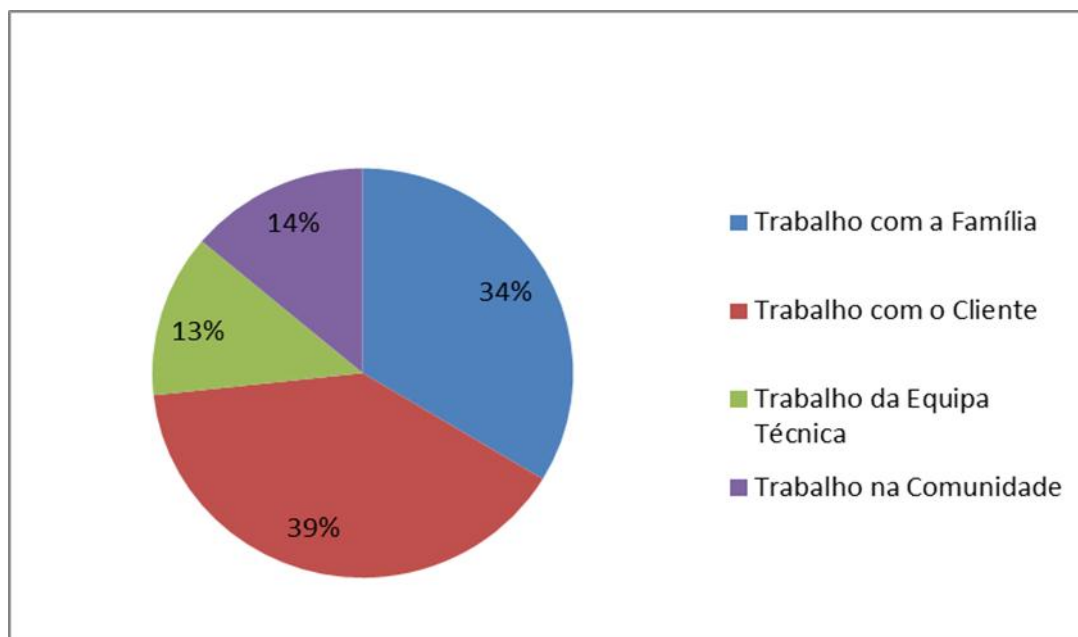
A Instituição B é composta por três Assistentes Sociais (uma das Assistentes Sociais exerce funções de coordenação técnica e as outras duas têm responsabilidades iguais, mas com clientes diferentes), três Terapeutas Ocupacionais, uma Psicóloga, três Fisioterapeutas, uma Técnica de Fisioterapia, uma Terapeuta da Fala, uma Técnica de Educação Especial e Reabilitação, uma Fisiatra, dois Médicos de Clínica Geral, um Médico Dentista, um Higienista Oral, uma Educadora Social e uma Animadora Sociocultural, quatro Enfermeiros, uma Dietista/Nutricionista, um Neurologista e um Professor de Educação Física, num total de vinte e sete técnicos. Dos recursos humanos, fazem ainda parte as Encarregadas de Sector e as Ajudantes de Lar conforme AS2, “(...) nós somos quase duzentos funcionários e a esmagadora maioria são Ajudantes de Lar (...)”.

### 3.3. TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL

Para estudar o trabalho do AS em contexto de Incapacidade Intelectual, as evidências elencadas nas transcrições das entrevistas e organizadas por categorias/subcategorias

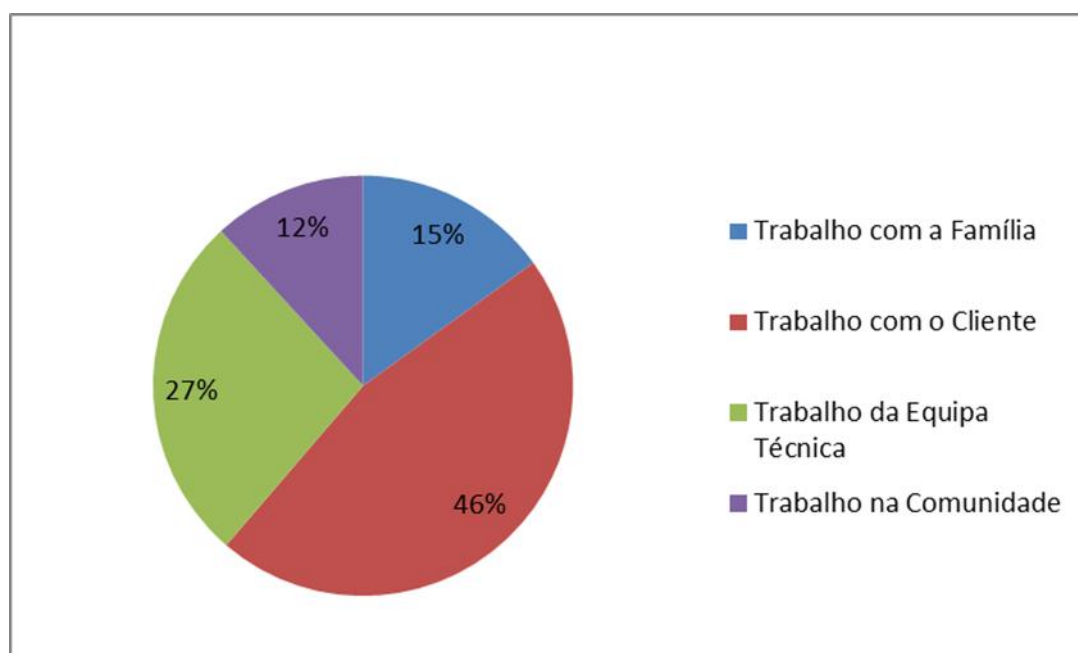
foram contabilizadas, permitindo-nos perceber, por instituições em estudo semelhanças e diferenças.

Assim o gráfico 1 revela a organização do trabalho do Assistente Social, na Instituição A. Os dados do gráfico 1 revela que a prevalência do trabalho do AS situa-se no trabalho com o cliente (39%), seguindo do trabalho com a família (34%). Com percentagem menor, surge o trabalho com a equipa técnica (14%) e o trabalho com a comunidade (13%).



**Gráfico 1:** Trabalho do Assistente Social na Instituição A

O gráfico 2, apresenta os dados das duas entrevistas realizadas na Instituição B, o que



**Gráfico 2:** Trabalho do Assistente Social na Instituição B

pode enviesar os resultados uma vez que se trata de dados recolhidos de duas entrevistas realizadas a duas pessoas diferentes. Relativamente ao trabalho do Assistente Social na Instituição B, os dados revelam que a prevalência do trabalho do AS situa-se no trabalho com o cliente (46%), seguindo do trabalho com a equipa técnica (27%). Com percentagem menor, surge o trabalho com a família (15%) e o trabalho com a comunidade (12%).

Comparando estes dados quantitativos, podemos inferir que, nestas instituições foco da atenção do trabalho do Assistente Social é com o cliente.

De seguida, apresenta-se em forma de texto os dados qualitativos relativos a cada instituição, por subcategorias de análise.

### *3.3.1 TRABALHO COM A FAMÍLIA*

O trabalho que o AS desenvolve com a família no sentido de diagnosticar as necessidades do cliente e da família e de a capacitar para que esta continue a prestar apoio ao cliente, bem como ajudá-la no processo de reabilitação e de integração do cliente. Visa incentivar a presença e a continuidade das funções familiares de cuidador, quando o cliente entra para a instituição.

No desenrolar das suas funções o AS atua em conformidade com o processo de investigação e intervenção social, cabendo-lhe conceber, planear, organizar, aplicar e avaliar o processo do cliente, com o objetivo de promover o bem-estar social e melhorar as condições de vida do cidadão (Hamilton, 1958).

Assim, para AS1, a sua intervenção inicia-se com a recolha da informação sobre o cliente e os seus familiares mais próximos prosseguindo com o levantamento das necessidades, ou seja, é feito “(...) *um diagnóstico do contexto socioeconómico das famílias e de quais as necessidades e competências da família (...)*”. Para AS2 e AS3 este diagnóstico é concebido através de “(...) *entrevistas com familiares (...)*”, representando uma das fases fundamentais do processo de intervenção social. É um dos elementos chave de toda a prática social, uma vez que procura um conhecimento concreto e real da situação para realizar uma correta intervenção social tendo em conta os diferentes aspetos para resolver o problema (Ander-Egg, E. & Idáñez, M.,1999).

Como refere Caparrós (1998), é elaborada uma completa e detalhada história social da família, é realizado um estudo do sistema familiar, isto é, da sua estrutura, dos seus hábitos, e do seu funcionamento.

Para o diagnóstico ficar mais completo são realizadas as “(...) *visitas ao domicílio para muitas vezes tentarmos perceber o contexto (...)*” (AS1). Desta forma, as visitas servem para criar um ambiente de confiança, baseado num relacionamento positivo, que permite o reconhecimento pelo cliente, do interesse do profissional pela situação (Weisshaupt, 1988).

Uma vez realizado o diagnóstico social importa intervir com a família. Como afirma Santos (2010) e Martins (2012), trabalhar com a família é “entrar” no meio natural do indivíduo. Quando o AS focaliza a sua intervenção no cliente e na respetiva família existe uma maior probabilidade que o impacto sobre a mesma seja mais positivo e resolutivo.

Assim, é importante que haja “(...) *sempre um responsável familiar no processo de admissão e até na candidatura é sempre selecionado um responsável que depois vai acompanhar todo o processo e o indivíduo ao longo do percurso na instituição (...)*” (AS1) - é essencial promover a manutenção da relação existente entre o cliente com o seu meio familiar. No caso concreto da Instituição A, AS1 afirma “(...) *nós tentamos sempre que um cliente ou um cliente entra para o lar nós tentamos assegurar que a família não o abandona (...)*”. Na instituição B, AS2 e AS3 também referem que o que elas tentam fazer “(...) *é informar a família e promover a ligação da família o quanto possível à instituição. É assim o apoio que nós damos à família é a integração do residente cá, do cliente cá.*”

Esta ideia é corroborada pela APPSS (2015) quando afirma que o AS deve ser o profissional de referência, contactando as famílias dos clientes procurando promover a manutenção da relação existente entre eles. Neste sentido, pode-se concordar com a afirmação de AS1 quando afirma que “*Uma das principais funções é de colaborar com as famílias (...)*” AS2 refere que existem “(...) *reuniões frequentes com familiares sempre que se considere necessário (...)*”.

Estas evidências permitem destacar a intervenção do AS com a família em diversas áreas. Segundo AS3 “*Temos algumas situações nomeadamente famílias que não têm*



*possibilidade de pagarem a participação familiar, nós tentamos sempre ou reduzir, ou haver ausência do pagamento devido à situação.”* Compete também ao AS “(...) *orientar e sensibiliza as famílias no âmbito da reabilitação e integração dos clientes na sociedade, reforçando a importância do seu papel ativo nesse processo.*” (AS1), esta ideia é comprovada por Gomes (2001, citado em Silva, 2012) quando afirma que o AS no âmbito da deficiência deve ter em conta o envolvimento dos pais no processo de reabilitação do jovem, estimulando-o para uma atitude favorável e um ambiente estável e equilibrado. Desta forma, o AS junto da família tenta fomentar a sua importância na reabilitação dos próprios clientes, valorizando-se um acompanhamento “(...) *no processo de reabilitação dos seus filhos/familiares.*” (AS1). A mesma entrevistada diz que o AS “(...) *sensibiliza e orienta a família na execução do seu papel de cuidador, nomeadamente na execução do poder parental.*” Na opinião das três entrevistadas a família é sensibilizada a participar nos planos individuais dos clientes para promover uma efetiva reabilitação e integração do sujeito.

É também da responsabilidade do AS “*reunir e fornecer informação com o objetivo de dar respostas às necessidades dos clientes e dos seus familiares, tais como os direitos e deveres da pessoa portadora de deficiência.*” (AS1). Para além destas informações o AS elabora “(...) *informações às famílias sobre as atividades elaboradas na instituição e outros, servindo de mediadores entre a instituição e os responsáveis familiares.*” (AS1). A mediação serve, assim, como estratégia no estabelecimento das relações sociais.

Este dado permite-nos entender o AS como um profissional da mediação. Na perspetiva de Almeida, (2002), o Assistente Social é um mediador com características próprias uma vez que promove as mediações devido à posição intermediária que possui dentro da instituição onde trabalha relativamente à aplicação de políticas sociais. Assim o papel do Assistente Social consiste em criar as condições para estabelecer ou restabelecer uma relação entre os clientes e entre estes e as instituições. A atuação do Assistente Social é centrada sobre o outro, dentro de um registo diplomático de imparcialidade, mesmo quando a intervenção tem lugar dentro de um projeto institucional.

Segundo a APPSS (2015), o AS deve ser o profissional de referência, contactando as famílias dos clientes, procurando promover a manutenção da relação existente entre

eles, para assim prevenir e intervir em eventuais conflitos família-cliente-instituição, que possam surgir. É importante que este profissional seja um mediador e um interventor quando surgem conflitos entre a equipa. No caso concreto da Instituição A, quando existe uma situação de desentendimento entre o cliente e o familiar, nomeadamente nos casos em que os clientes vão a casa, o Assistente Social tenta perceber as duas partes. Conforme AS1, procura-se *“(...) ligar para o familiar e perceber o que é que se passa (...) E nós também tentamos apelar a família para terem um pouco de compreensão (...) tentar resolver as coisas de outra maneira(...)”*.

Existem, também, situações em que a família está ausente, segundo AS3, *“Há famílias que não (...) muitas das vezes nós tentámos fazer contacto e é em vão”* e, para AS1 *“(...) algumas famílias também devido a idade avançada e algum cansaço já não estão muito recetivas à intervenção, já é muito mais complicado fazer entender as coisas (...)”*. Os pais são os principais cuidadores dos filhos com deficiência e com o aumento da esperança média de vida, acresce a probabilidade de muitas pessoas com deficiência sobreviverem aos progenitores (Neves, 2011). Perante o exposto, o Serviço Social apresenta um papel fundamental na promoção de condições de vida e da assunção de comportamentos facilitadores de um envelhecimento saudável (Santos, 2006). Desta forma é importante que o trabalho seja realizado em conjunto, ou seja, entre o Assistente Social e a família. Promovendo a participação ativa das famílias, o AS encara a família como companheira, colaboradora do processo de intervenção e dá valor às suas capacidades (Almeida, 2007). *“É assim o AS é visto pelas famílias como aquele que...ou seja, quando há uma contacto com a instituição encaminham sempre para nós. Nós somos aqueles que temos de gerir as situações”* (AS1).

Durante a intervenção do Assistente Social com a família é essencial *“(...) capacitar dar competências as famílias (...) procurar promover as potencialidades, de modo capacitá-las de estratégias necessárias para ultrapassar situações de crise”* (AS1). O Assistente Social deve primeiro promover as competências necessárias das famílias, para depois estas conseguirem de forma autónoma resolver os problemas, *“(...) o que nós podemos fazer é tentar dar ferramentas para tentar ultrapassar a situação capacitá-los para (...) portanto não é pescar mas é ensinar-lhes a pescar”* (AS1). Esta capacitação designa-se por *empowerment* o qual implica necessariamente o “acréscimo de poder por parte de sujeitos que apresentam alguma vulnerabilidade na sua cidadania por falta do poder necessário para assegurar o exercício dos seus direitos e deveres

como sujeitos ativos das suas comunidades e sociedades” (Pinto, 2011, p. 89). O *empowerment* tem como principal objetivo libertar os sujeitos que se encontram com a sua capacidade de ação diminuída, e capacitá-los no sentido de aumentarem a sua capacidade de ação e de elaboração da sua realidade de vida.

### 3.3.2. TRABALHO COM O CLIENTE

Todos os dados relativos ao trabalho que o Assistente Social faz com o cliente desde o momento de inscrição até à admissão na instituição e todo o trabalho desenvolvido no sentido de satisfazer as necessidades do cliente proporcionando-lhe bem-estar físico e emocional. (técnicas e instrumentos que utiliza na sua intervenção com o cliente).

Quando existe uma inscrição na Instituição A, o AS1 avalia a situação do possível cliente e averigua se é “(...) *uma situação de emergência (...) e se realmente a instituição tem capacidade para acolher esses casos (...) Portanto há uma avaliação daquilo que eles necessitam para o seu bem-estar físico e emocional (...) em termos das suas próprias competências e que achamos que eles conseguem fazer (...) e daquilo que eles gostam.*” No caso de a instituição não possuir vaga “(...) *É feita, então uma avaliação é pontuada é colocada em lista de espera. Quando há uma vaga é visto, portanto, os que estão prioritários na lista de espera são contactados, depois desses contactos temos de seleccionar um.*” Para a seleção do possível candidato a instituição tem critérios que depois ajudam na seleção. Esta evidência é corroborada pela APSS (2015), quando atribui ao Assistente Social a gestão da lista de espera e todos os procedimentos de admissão na instituição, executando as diligências administrativas necessárias, efetivando a receção e avaliação dos pedidos, priorizando-os em função dos critérios regulamentados definidos.

Quando o cliente é admitido, é feita uma nova avaliação para se perceber quais as atividades que é possível realizar com o cliente e também para se ver em que resposta se enquadra (CAO um ou no CAO dois). Esta avaliação é importante uma vez que vai permitir a integração do residente na vida e nas atividades da instituição, acabando o AS por prestar todo o apoio social que o cliente requeira (Carvalho, 2013). Depois da admissão é elaborado o plano individual “(...) *a partir das necessidades e competências de cada caso, de cada sujeito e são seleccionadas atividades que façam sentido para*

*esse caso*” (AS1). Ao fim de um mês do cliente estar na instituição é feita uma nova avaliação com o objetivo de se perceber como está a correr o processo de adaptação do cliente à instituição.

No caso da Instituição B também existe um trabalho de diagnóstico com o cliente aquando da sua admissão, sendo nesta instituição, sempre realizada uma visita domiciliária *“(...) visitamos todos os residentes que admitimos, nós fazemos uma análise uma criteriosa análise documental à data de admissão. Nós temos que saber se estamos aptos e que temos capacidade para responder as necessidades daquele residente (...)”* (AS2). Dentro da instituição existem também critérios de seleção que depois vão favorecer a pontuação de um candidato a possível cliente *“(...) todos têm uma cotação que nos permite depois chegar a uma pontuação, e perante a pontuação são definidas as prioridades (...)”* (AS3).

Em relação às atividades ocupacionais, recreativas, culturais e de socialização, AS1 afirma que são seleccionadas para cada tipo de clientes *“(...) porque também não faz sentido dar uma atividade que eles não gostam”*. Neste sentido é tido em conta a especificidade de cada cliente porque pode não fazer *“(...) sentido, aquilo que nós seleccionamos como atividade pode não fazer sentido para ele ou para a família (...)”* (AS1). O Assistente Social colabora na organização e desenvolvimento de atividades e *“(...) também participar ativamente no plano individual de cada sujeito (...) esse plano é revisto de seis em seis meses é revisto o plano e é alterado se fizer sentido.”* (AS1).

Outras das funções do Assistente Social diz respeito às diligências administrativas e burocráticas que os clientes necessitam durante a sua estadia na Instituição A, como por exemplo, *“(...) acionar também o pedido da pensão social, para o caso daqueles que não têm a pensão, ou o complemento por dependência (...) há determinadas necessidades que os nossos clientes têm de ter, ajudas técnicas. Temos de recorrer sempre a legislação no caso das ajudas técnicas se for necessário apoios para a habitação, ao nível dos requerimentos para a pensão social para tratar dos atestados de incapacidade”* (AS1).

Através da entrevista realizada AS1 foi possível verificar que existe também um trabalho de encaminhamento dos clientes para outras instituições. Por exemplo, no caso de clientes que se encontram em lista de espera *“(...) tentámos contactar todos os que*

*estão em lista de espera e perceber como é que está a situação e como é que podemos ajudar, porque se nós não tivermos resposta o que nós fazemos é encaminhar para outros sítios, portanto damos sempre esse apoio*". AS3 refere que, no seu trabalho também procura encaminhar para outros técnicos ou serviços os clientes nas quais não é possível dar resposta. Por exemplo, na *"(...) situação de grande incapacidade e falta de mobilidade extrema e acamado depois nós temos de contactar as respostas que há na comunidade para nós próprias encontrarmos uma solução"* (AS1). Cabe também ao Assistente Social *"(...) se de um momento para o outros lhes faltarem os pais, nós temos que arranjar uma resposta (...) nós não os podemos abandonar (...)"* (AS1), podendo essa resposta ser o encaminhamento.

Na Instituição A é também da responsabilidade do AS o acompanhamento dos *"(...) clientes nas consultas médicas, elaboração de exames médicos e análises (...) registo das diligências efetuadas durante o acompanhamento médico e outros"* (AS1). Aqui, o AS *" (...) elabora e atualiza os processos dos clientes, ao nível social, clínico, familiar e outros."*; *"(...) elaboração de relatórios sociais, nomeadamente registo de atendimentos/entrevistas, visitas ao domicílio (...)"; " (...) participa na atualização dos processos dos clientes."*; *" (...) colabora e participa em ações de formação e sensibilização sobre a complexidade da problemática dos clientes."*; *" (...) elabora e afixa programa semanal das consultas externas e arquivo das mesmas."*; *" (...) elabora comunicações internas."*; *" (...) elabora e arquiva informações sociais diversas."*

AS1 refere, ainda, que normalmente todos os dias *" (...) damos as nossas voltas pelas salas ver o que é que se passa se está tudo bem, ver como é que o cliente veio, como é que esta o comportamento dele, o que é necessário."* Durante as visitas às salas *" (...) se virmos situações que não achamos corretas, nós tentámos sempre falarmos com a responsável e tentar chegar a um acordo, não é? Tentar perceber as duas partes a parte dela e a parte do cliente."* Na opinião da AS1 o ir às salas e falar com os clientes eles *" (...) ajuda a desenvolver a nível intelectual, mesmo em termos da fala é importante nós estimularmos diariamente."* Na Instituição B também é prática diária das Assistentes Sociais irem aos módulos visitar os clientes. Apesar de sentir que é importante este acompanhamento por salas, AS1 refere que, por vezes, devido às burocracias é difícil conseguir ir as salas e estar um pouco com os clientes.

Na instituição B a intervenção que a AS2 e AS3 desempenham é mais no sentido de *“(...) assegurar todos os direitos e que todas as políticas sociais sejam garantidas, seja em termos de benefícios sociais sejam em termos de enquadramento social seja em termos de integração educacional (...) Temos que afunilar o nosso trabalho para que sejam satisfeitas todas estas garantias, estas garantias, não é.”* A intervenção das Assistentes Sociais passa pela otimização dos vários recursos, para que sejam respondidas todas as necessidades dos residentes. *“Quando existe uma necessidade de um residente, nós temos de reunir esforços, sejam nossos sejam da comunidade para dar respostas aquela necessidade.”* (AS2). Estas necessidades não são só físicas, são também ao nível dos cuidados, ao nível educacional, ao nível dos direitos humanos e ao nível da reabilitação. Quando surgem conflitos entre os clientes, AS3 refere que cabe-lhe a ela tentar resolver o problema *“(...) e nós aí temos de entrar como educadores (...)”*.

Tal como na Instituição A, também na Instituição B, a Assistente Social refere que em determinadas situações, como no caso da seleção dos clientes *“(...) existem formulários que nós temos de preencher, formulários que nós temos de respeitar prazos (...) pronto está tudo bem definido, bem definido (...). Eu posso sempre dar o meu parecer (...)”*. *“(...) temos que cumprir com a legislação e com a regulamentação que existe para a área da deficiência e que existe na área da Segurança Social Nós temos de cumprir com os direitos dos residentes (...) em termos de instrumentos que nós utilizamos temos de estar atentos as legislações, (...) .Existem os direitos (...) e nós temos se salvaguardar sempre essa situação.”* (AS2). A intervenção das Assistentes Sociais passa por um constante trabalho de promoção do bem-estar e na qualidade de vida do residente *“Nós tentamos estar sempre atentas a opinião do residente (...) Pronto podemos sempre não concordar com ele e aí temos de tentar demover o residente para que consigamos entrar num acordo (...)”* (AS2). Dadas as características dos clientes, é também da responsabilidade da Assistente Social elaborar mecanismos para ultrapassar determinadas dificuldades *“Existe um outro grupo de clientes que dada a deficiência mental deles que não nos conseguem responder então temos que optar por outros meios. Existe um questionário que aplicamos a um grupo de residentes que nos conseguem responder quanto mais não seja assim ou abanando a cabeça e nós conseguimos.”* (AS2) e elaboração o *“(...) plano de intervenção e nesse plano de intervenção são definidas as atividades em que o cliente vai participar (...)”* (AS2).

Cabe ainda às Assistentes Sociais a supervisão dos diferentes módulos, bem como “(...) assegurar que eles sejam integrados nas estruturas de ensino (...) assegurar a sua continuidade na integração escolar” (AS3).

De referir, ainda, que a intervenção do Assistente Social com os clientes da Instituição A tem como objetivo principal a promoção da autonomia da pessoa, trabalhando para que esta tenha uma vida autónoma e integrada na sociedade (Santos, 2010). Segundo, AS1 o seu “(...) papel também é incentivar para que eles desenvolvam as competências deles (...) e também lhes dar competências a eles (...)”, a intervenção da AS1 passa por capacitar os clientes para eles próprios desenvolverem as suas competências, “Nós podemos é tentar manter ao máximo as competências que eles já têm, desenvolver outras se possível, se virmos que há possibilidade.”

### 3.3.3. TRABALHO DA EQUIPA TÉCNICA

Dados relativos à forma como a equipa técnica se organiza, e qual é o trabalho realizado por cada técnico no sentido de satisfazer as necessidades dos clientes.

Na Instituição A existe um trabalho de equipa “(...) nós trabalhamos em equipa multidisciplinar, portanto há técnicos que se dividem por todas as respostas (...) ao nível do nosso trabalho, nós trabalhamos em tríade indivíduo-família-comunidade.” (AS1). Existem reuniões quinzenais entre a equipa multidisciplinar, tendo “(...) de haver sempre um ponto da situação, não é uma ordem de trabalho (...)”. Porém, quando a situação assim o exige, “(...) há reuniões extraordinárias quando o caso assim o exige são convocados com alguma antecedência e então faz se uma reunião” (AS1).

Uma vez que existe uma equipa multidisciplinar e a Assistente Social faz parte dessa equipa importa referir o papel aí desempenhado por AS1 o seu papel é de “(...) ajuda a avaliar e a direccionar cada atividade mas participar diretamente na atividade não participamos, só mesmo na elaboração.”. Colabora, também, com “(...) a técnica de reabilitação, na avaliação da necessidade de aquisição de ajudas técnicas para a melhoria da qualidade de vida do cliente e adaptação do meio familiar.” Quando surgem situações em que a intervenção tem de ser mais direta, por exemplo, em termos comportamentais dos clientes é feito o encaminhamento para a Psicóloga. Uma das

tarefas que diz respeito à equipa multidisciplinar é a elaboração do plano individual incluindo as atividades para os clientes. No caso concreto da Instituição A, existem três Assistentes Sociais, e na opinião da AS1, *“O que é bom o facto de que é a colega da minha área e que podemos discutir cada caso, e eu tenho uma ideia, ela tem outra e a experiência de uma acaba por ajudar também e tentamos sempre (...) pronto o olhar é sempre diferente de cada técnico. Então depois é engraçado ver que eu percepcionei alguma coisa da família, ela percepcionou outras e às vezes é bom, até porque as próprias famílias dizem uma coisa a uma e dizem outras a outra.”* Como refere *“O que é que nós fazemos realmente nós fazemos a mediação com a própria instituição e com os colegas da equipa.”* Este dado explicita, mais uma vez, o trabalho de mediação, como referido anteriormente.

O trabalho em equipa também está evidente na Instituição B, pois de acordo com AS2 é realizada uma avaliação aquando da entrada do cliente na instituição, *“ (...) é uma avaliação completa do residente por todos os técnicos da instituição em todas as áreas é feita uma avaliação completa.”* A equipa multidisciplinar realiza reuniões de carácter regular semanais com a presença da Diretora Técnica, das Assistentes Sociais, da Psicóloga, da Nutricionista, da Coordenadora do Serviço de Reabilitação, da Coordenadora da Animação/Ocupação, da Enfermeira e do Encarregada de Sector, onde são tratados variados assuntos nomeadamente *“(...) desde consultas, desde a articulação entre as diferentes instituições família e com residentes e com tudo o que possa vir a acontecer durante a nossa ausência durante o fim de semana, todos os assuntos que devam ser levados em reunião que possam ser discutidos por todos... dando o parecer de cada técnico.”* (AS3).

Existem ainda, as reuniões alargadas de carácter mensal onde estão presentes a Diretora Técnica- AS e 2 AS, a Psicóloga, a Nutricionista, a Coordenadora do Serviço de Reabilitação, a Técnica de Educação Especial e Reabilitação, três Fisioterapeutas, a auxiliar de Fisioterapia, a Terapeuta da Fala, três Terapeutas Ocupacionais, a Técnica de Educação Especial e Reabilitação, o Professor de Educação Física, a Coordenadora da Animação/Ocupação, a Educadora Social, a Animadora sociocultural, duas Enfermeiras, a Encarregada de Sector, a Coordenadora do Serviço de economato – Ecónoma, a Coordenadora dos Serviços Administrativos. Existem ainda as Reuniões Clínicas *“(...) com uma periodicidade mensal, onde estão presentes todos os colegas da área clínica, aqui estão os Enfermeiros um Médico o Serviço Social está sempre*



*presente, não é, na qualidade de responsável pelos residentes (...) e o serviço de reabilitação está sempre presente nas reuniões (...) clínicas.” (AS2), e reuniões pontuais, que ocorrem sempre que surja a necessidade com a presença dos técnicos responsáveis.*

O Assistente Social, no desempenhar das funções articula-se e colabora com outros profissionais, para assegurar a comunicação, a consistência, a partilha de informação relevante e discutir possíveis soluções para a problemática desencadeada (Silva, 2012; Sousa et al., 2007). Na perspetiva de Silva (2012) qualquer técnico que desenvolva o seu trabalho na área da deficiência reconhece que o seu trabalho fica mais enriquecido quando existe partilha entre todos os membros de uma equipa. Esta ideia é corroborada por Louro (2001) quando afirma que o Assistente Social deve estar integrado numa equipa, na qual cada técnico deve ter um lugar reconhecido por todos os membros da equipa

#### *3.2.4. TRABALHO NA COMUNIDADE*

O trabalho que o Assistente Social desenvolve com a comunidade no sentido de integrar o cliente na sociedade (dar a conhecer à comunidade o trabalho que é feito na instituição com os clientes e procurar uma ligação entre comunidade /cliente, para que este possa ter um papel ativo na comunidade) passa por uma articulação constante com os mais diversos serviços existentes na comunidade. Segundo AS1 *“(...) fazemos a ponte com os Centros de Saúde para conseguirmos consultas de encaminhamento para fisioterapia, credenciais de transporte também para tratamentos com o hospital também para as ajudas técnicas (...) e então nós contactamos a comunidade para (...) como é que hei de explicar (...) para acionar os seus direitos que é ter o apoio do estado é neste sentido.”* Para além destes serviços estabelece contactos e articula-se com os serviços de educação, Segurança Social, autarquias, entre outros. Estes contactos são importantes na medida em que *“(...) nós tentamos sempre cada vez mais ter esse contacto com as instituições, porque é importante apelarmos a comunidade para nos ajudar.” (AS1).*

Na Instituição B, existe igualmente a preocupação com a articulação e o encaminhamento *“ Pronto é fundamental articularmos com as colegas sejam da*

*Segurança Social, sejam da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), seja de Equipas Locais de Intervenção Precoce, denominadas agora ELIS (...) seja com as colegas dos hospitais dos serviços de saúde, tribunal (...) tem de haver sempre que necessário (...) esta articulação (...) e o mesmo se coloca relativamente a educação, tem de haver uma articulação muito importante, é extremamente fundamental esta articulação técnica com todos estes serviços da comunidade.” (AS2). Atendendo às características dos clientes da Instituição B, a grande maioria dependentes, sempre que possível em termos de educação dos cliente é privilegiada a sua integração nas escolas de ensino regular da comunidade e/ou escola interna, “É fundamental porque somos nós o elo de ligação, não é? Somos nós que temos de promover essa integração e com a colaboração de todos (...) somos nós os responsáveis.” (AS2). Segundo Neves (2011), para que exista qualidade de vida nas pessoas com deficiência e nas estruturas residenciais, é importante que exista articulação entre um conjunto complexo de fatores organizacionais e relacionais, que devem ter como objetivo o respeito e a promoção da dignidade de cada pessoa, considerando a sua individualidade como Sujeito de direitos, titular de uma cidadania plena.*

Para a comunidade conhecer o trabalho que se realiza dentro da Instituição, são feitas “ (...) muitas atividades na comunidade também para sensibilizar as pessoas que estão de fora a conhecer a nossa realidade (...) é uma forma de juntar a comunidade com a nossa população. Pronto em termos das atividades que eles realizam na comunidade portanto temos a equitação terapêutica que é com cavalos que é no centro hípico, temos a parte da natação que é na piscina terapia em meio aquático. Temos um grupo de teatro que é feito maioritariamente pelos nossos clientes que têm doença mental porque em termos de capacidade para executar esse tipo de tarefa tem mais competências para tal. Aí eles fazem espetáculos na comunidade, tentamos sempre fazer encontros intrainstitucionais.” (AS1). Na instituição B, sempre que possível também se tenta que existam “(...) atividades na comunidade (...) levar os nossos residentes (...) também fazemos convites para que, jardins, escolas a comunidade venham até nós para conhecer a nossa realidade (...) pronto e depois participamos em diferentes serviços da comunidade.” (AS2).

Alguns dos clientes, tanto na Instituição A como na Instituição B estão em atividades socialmente úteis, ou seja, em trabalho ocupacional na comunidade “(...) nós não temos formação profissional mas encaminhamos alguns casos para trabalhar na comunidade

(...)” (AS1). Na instituição B também “(...) temos por exemplo uma menina numa integração socioprofissional, trabalha, está integrada numa experiência socioprofissional, num jardim-de-infância onde colabora com uma educadora e com um auxiliar (...)” (AS2). É dada formação direta à pessoa que vai lidar com eles, de forma a que tenha conhecimento dos seus perfis sendo esse trabalho de acompanhamento realizado pela AS1. Contudo, a comunidade ainda está pouco receptiva a este tipo de integração, uma vez que esses clientes apresentam características próprias. No entanto, há exemplo de parcerias efetivas. Por exemplo a Instituição A tem um projeto com a Câmara, onde é feito um estudo de um troço de uma ribeira com uma saída de campo na qual os clientes analisam a água em conjunto com o Centro de Interpretação Ambiental, participando ativamente na comunidade em termos ecológicos, na preservação do ambiente.

O papel da AS1 na Instituição “(...) é mais neste sentido planejar atividades no exterior, conseguir mais entidades que recebam estes clientes em trabalho ocupacional, e ir ao encontro de instituições.” Este trabalho de promoção, adaptação e integração dos clientes e familiares na comunidade, tem como objetivo a inclusão social.

Procurando encontrar partes de convergência entre o trabalho desenvolvido pelo AS nas duas instituições em estudo, podemos identificar a existência de critérios de seleção no ingresso do cliente na instituição e a avaliação diagnóstica das capacidades do cliente. A avaliação das necessidades da família através de visitas domiciliárias, a intervenção junto da família (assumindo o AS a sua função de mediador) incentivando-a a participar nos planos individuais dos clientes, as diligências administrativas e burocráticas de cada cliente/família. O acompanhamento das atividades do cliente nas suas salas de atividades, o trabalho em equipa com uma equipa diversificada e o trabalho na comunidade.

Como diferenças identificadas entre as duas Instituições, a partir dos dados levantados, destacamos a preocupação em capacitar as famílias e a promoção da autonomia do sujeito (Instituição A) e a preocupação em assegurar os direitos dos clientes na Instituição B.

## IV. CONCLUSÕES

Com este estudo foi possível conhecer o trabalho desenvolvido pelos profissionais de Serviço Social na área da Incapacidade Intelectual, nomeadamente, num Centro de Atividades Ocupacionais e num Lar Residencial, verificando que a sua intervenção assume diversas funções.

A principal função do Serviço Social visa a promoção dos direitos dos cidadãos, e a promoção da sua autonomia e liberdade enquanto pessoas. Desta forma, requer-se do Assistente Social a capacidade de reagir e agir, tendo por base um conjunto de referências teóricas e metodológicas que envolvem o cliente na intervenção.

Os dados evidenciam a polivalência do Assistente Social (intervenção com a família, com o cliente, com a equipa técnica e ainda com a comunidade) seja em contexto de CAO ou Lar Residencial, tendo que exercer funções junto dos clientes, das suas família ou da comunidade.

Como foi referido anteriormente, o estudo foi realizado em duas instituições diferentes, contudo existem pontos comum, como é o caso de existirem critérios de seleção aquando a admissão dos clientes, o Assistentes Social tem que se reger por esses critérios na seleção dos futuros clientes. Outro aspecto comum, nas duas instituições, é o facto de existirem clientes nas instituições desde o tempo da fundação destas. Em relação aos recursos humanos existe nas duas instituições uma variedade de técnicos a trabalharem nas instituições, contudo são técnicos de áreas semelhantes.

O trabalho do Assistente Social com a família é baseado no diagnóstico para assim ser realizado um adequado levantamento das necessidades. Este levantamento das necessidades para além de outras técnicas é realizado através de visitas domiciliárias, as três Assistentes Sociais, que participaram no estudo, socorrem-se desta técnica. Depois do diagnóstico realizada importa agora intervir sobre os problemas e como afirma Santos (2010) e Martins (2012) trabalhar com a família é “entrar” no meio natural do indivíduo. Quando o AS focaliza a sua intervenção no cliente e na respetiva família existe uma maior probabilidade que o impacto sobre a mesma seja mais positivo e resolutivo.

A intervenção com a família tem como principal objetivo promover a manutenção da relação existente entre o cliente com o seu meio familiar, esta máxima é evidente também nas duas instituições. Assim o Assistente Social pode ser visto como um mediador, uma vez que a mediação serve assim com estratégia de estabelecimento das relações sociais. Como afirma Almeida, (2002) o papel do Assistente Social reside em criar as condições para estabelecer ou restabelecer uma relação entre as pessoas e entre estas e as instituições. A família acaba também por ser sensibilizada a participar nos planos individuais dos clientes para assim haver uma efetiva reabilitação e integração o mais completa possível.

Na Instituição A, o Assistente Social durante a sua intervenção tenta capacitar dar competências as famílias, procurando promover as suas potencialidades de modo a capacitá-las de estratégias necessárias para ultrapassar situações de crise. Na instituição B, essa capacitação não acontece, possivelmente devido as características da própria instituição, ser um Lar Residencial, pois é um estabelecimento para alojamento coletivo de utilização temporária ou permanente.

No que diz respeito ao trabalho do Assistente Social com o cliente é possível verificar que também existe um trabalho de diagnóstico. Este trabalho de diagnóstico é no sentido de perceber se os clientes reúnem os requisitos exigidos por cada uma das instituições para poderem ser admitidos. Cabe ainda ao AS às funções que dizem respeito as diligências administrativas e burocráticas que os clientes necessitam, e ainda o trabalho de encaminhamento quer para outros serviços, quer para outros técnicos.

A intervenção do AS com os clientes tem como principal objetivo a promoção da autonomia da pessoa, trabalhando para que esta tenha uma vida autónoma e integrada na sociedade, isto é, a intervenção do AS passa por capacitar os clientes para eles próprios desenvolverem as suas competências.

Em relação, ao trabalho em equipa é possível verificar que as duas Instituições A e B, possuem equipas multidisciplinares que se organizam de forma semelhante, ou seja, existem reuniões de equipa, onde são debatidos os principais assuntos que surgem com os clientes. No que diz respeito ao trabalho do Assistente Social na comunidade, é visível nas duas Instituições, uma articulação constante com os mais diversos serviços existentes na comunidade. Para a comunidade conhecer um pouco do trabalho quer da Instituição A como da Instituição B são realizadas atividades no exterior.

É importante referir algumas limitações que surgiram no desenrolar desta investigação, o facto de só terem sido realizadas três entrevistas, dificultou a análise que se pretendia, uma vez que outras instituições não me facultaram a realização de mais entrevistas.

Por fim, urge enunciar novas questões a investigar: o que distingue o Assistente Social dos outros técnicos da equipa, para além da formação base?

## BIBLIOGRAFIA

Almeida, H. (2002). Mediação, Um Conceito e Uma Prática Identitária do Serviço Social, In *Serviço Social: Unidade na Diversidade. Encontro com a Identidade Profissional – Encontro com a Identidade Profissional*. I Congresso Nacional de Serviço Social. Lisboa, APSS.

Almeida, M. (2007). *Estudos sobre a Intervenção Precoce em Portugal: ideias dos especialistas, dos profissionais e das Famílias*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

American Psychiatric Association, (2014). *Manual de diagnóstico e estatísticas das perturbações mentais-TR*.(5.º ed). Lisboa: Climepsi Editores.

Ander-Egg, E. (1995). *Introdução ao trabalho social*. Brasil: Vozes Ltda.

Ander-Egg, E & Idáñez, M. (1999). *Como elaborar um projecto*. Lisboa: Cpihts.

Associação Portuguesa dos Profissionais do Serviço Social (APPSS), (2015). Disponível em: <http://www.apross.pt/>. Acedido em 18/10/2015.

Bautista, R. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dina livro.

Bon, C. (2003). As profissões da deficiência. In Chopart, J. (Org.). *Os novos desafios do trabalhador social: dinâmicas de um campo profissional*. Porto: Porto Editora, 163-170.

Caparrós, M. J. (1998). *Manual di trabajo Social*. Alicante: Aguaclara.

Carmo, H. (2001). *Desenvolvimento Comunitário*. Lisboa: Universidade Aberta.

Carmo, H. & Ferreira, M. (2008). *Metodologia da investigação. Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

Carmo, H. (2011). *Teoria da Política Social (Um olhar da Ciência Política)*. Lisboa: ISCSP.

Carvalho, M. (2013). *Serviço Social no envelhecimento*. Lisboa: Lidel.

Correia, L. (1997). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*. Porto: Porto Editora.

Coutinho, C. (2013). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. (2.º ed.). Coimbra: Edições Almedina.

Cruz, Susana. (2006). *Educação, Igualdade de Oportunidade e Inclusão na Escola na profissão e na Sociedade Democrática: Uma pesquisa sociológica e profissional de um grupo de adultos com surdez*. Tese de Mestrado, Universidade do Minho. Disponível em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6367/2/Corpo%20do%20texto,%20Bibliografia%20e%20Anexos%5B1,2%5D.pdf>. Acedido em 09/02/2016.

De Robertis, C. (2011). *Metodologia da Intervenção em Trabalho Social*. Porto: Porto Editora.

Dias, M. (2009). *O Vocabulário do Desenho da Investigação*. Viseu: Psicosoma.

Ferreira, S. (2009). *Transição para a Vida Pós-escolar de Alunos Com Necessidades Educativas Especiais*. Viseu: Psicosoma.

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Garcia, A. (2011). *O Deficiente Intelectual nos Centros de Atividades Ocupacionais da Região Autónoma da Madeira: inclusão social e autonomia*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação Almeida Garrett. Disponível em: <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1646/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado.pdf?sequence=1>. Acedido em 12/10/2014.

Giddens, A. (1989). *A Sociologia*. (2.ºed). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Gomes, I. (2010). *Acreditar no futuro*. Alfragide: Texto Editores.

Guadalupe, S. (2009). *Intervenção em rede*. Coimbra: Edição Imprensa da Universidade de Coimbra.



Gronita, J. (2008). *O anúncio da deficiência da criança e suas implicações familiares e psicológicas*. Disponível em: <http://www.inr.pt/content/1/751/colecao-informar>. Acedido em 07/02/2016.

Hamilton, G. (1958). *Teoria e Prática do Serviço Social de Casos*. Rio de Janeiro: Editora Agir.

Iamamoto, M. (2007). *O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. (13ª ed.). São Paulo: Cortez.

Louro, C. (2001). *Ação Social na Deficiência*. Lisboa: Universidade Aberta.

Madureira, I. & Leite, T. (2003). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Universidade Aberta.

Manual de Processos Chave- CAO,( 2007). Disponível em : [http://www.seg-social.pt/documents/10152/13475/gqrs\\_cao\\_processos-chave/4b052a99-b321-494f9735-16332f7d1a41?version=1.1](http://www.seg-social.pt/documents/10152/13475/gqrs_cao_processos-chave/4b052a99-b321-494f9735-16332f7d1a41?version=1.1). Acedido em 16/01/2016.

Martins, B. (2005). *Políticas Sociais Na Deficiência: Exclusão Perpetuadas*. Centro de Estudos Sociais. Laboratório Associado Universidade de Coimbra. Disponível em:<http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/228/228.php>. Acedido em 9/02/2016.

Martins, H. (2012). *O agir do assistente Social nas Equipas de intervenção Precoce*. Dissertação de Mestrado, Instituto Universitário de Lisboa. Disponível em: <https://repositorio.iscteuiul.pt/bitstream/10071/4972/1/O%20Agir%20do%20Assistente%20Social%20nas%20Equipas%20de%20Interven%C3%A7%C3%A3o%20Precoce%20%20Helena%20Martins%20n%C2%BA%2011560.pdf>. Acedido em 06/01/2016.

Morato, P. (1995). *Deficiência mental e aprendizagem: um estudo de caso sobre a cognição espacial de crianças com trissomia 21*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiências.

Neves, A. (2011). *Conceções e Práticas de um Centro de Atividades Ocupacionais*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação de Lisboa. Disponível em: <http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/117/1/Concep%C3%A7%C3%B5es%20e%20pr%C3%A1ticas%20de%20um%20centro%20de%20atividades%20ocupacionais>

[20pr%C3%A1ticas%20de%20um%20centro%20de%20actividades%20ocupacionais.pdf](#)  
f. Acedido em 11/10/2014.

Pinto, C. (2011). *Representações e práticas do Empowerment nos Trabalhadores sociais*. Tese de Doutoramento, Universidade técnica de Lisboa. Disponível em: [http://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/4230/4/tese\\_doutoramento%20doc%20definitivo%2020fev.pdf](http://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/4230/4/tese_doutoramento%20doc%20definitivo%2020fev.pdf). Acedido em 15/12/2015.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1995). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Resende, L. & Soares, J. (2002). *Diferenciação Pedagógica*. Lisboa: Universidade Aberta.

Sampieri, R., Collado, C. & Lucio, M. (2013). *Metodologia de Pesquisa*. (5.º ed.). Porto Alegre: Penso.

Sanches, I. & Teodoro, A. (2006). Da integração à inclusão escolar: cruzando perspectivas e conceitos. *Revista Lusófona de Educação*. 8 ( 8), pp. 63-83.

Santos, A. (2010). *O Contributo do Serviço Social para a Inserção Profissional de Jovens com Deficiência Intelectual e Desenvolvimental Ligeira*. Dissertação de Mestrado, Instituto Universitário de Lisboa. Disponível em: <https://repositorio.iscteul.pt/bitstream/10071/3880/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20final%20-%20Ana%20Patr%C3%ADcia%20Santos.pdf>. Acedido em 12/12/2014.

Santos, M. (2006). *Serviço Social e Deficiência Mental. A Perspectiva Subjetiva da Qualidade de Vida*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior De Altos Estudos, Coimbra. Disponível em: <http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/204/2/MERSantosTese%C3%83%C2%8Dndice.pdf>. Acedido em 23/12/2014.

Santos, S. & Morato, P. (2002). *Comportamento Adaptativo*. Porto: Porto Editora.

Silva, G. (2012). *O Agir Profissional do Assistente Social: um estudo de caso sobre a Prática Profissional do Assistente Social no Centro de Atividades Ocupacionais da APPACDM de Braga*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Sociais, Braga.

Disponível

em:

<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8929/1/2012.04.20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Gra%C3%A7a%20Correia.pdf>. Acedido em 24/11/2014.

Silva, M., Ribeiro, C. & Carvalho, A. (2013). Atitudes e Práticas dos Professores Face à Inclusão de alunos com Necessidades Educativas Especiais. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. Pp. 53-73.

Simon, J. (1988). *A Integração Escolar das Crianças Deficientes*. Rio Tinto: Edições ASA.

Sousa, L., Hespanha, P., Rodrigues, S. & Grilo, P. (2007). *Famílias Pobres: Desafios à Intervenção Social*. Lisboa: Climepsi Editores.

Sousa, M. & Baptista, C. (2011). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios*. (4.º ed). Lisboa: Pactor.

UNESCO (1994). *Declaração de Salamanca e Enquadramento da Acção na Área das Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa, Instituto de Inovação Profissional.

Weissaupt, J. (1988). *As Funções Sócio Institucionais do Serviço Social*. São Paulo: Editora Cortez

## **Legislação**

Decreto-Lei nº 319/91- Regula a integração dos alunos portadores de deficiência nas escolas regulares.

Decreto de Lei nº64/2007, de 14 de março- Define o regime jurídico de instalação, funcionamento e fiscalização dos estabelecimentos de apoio social geridos por entidades privadas.

Decreto de Lei n.º18/89 de 11 de janeiro- Regulamento da implantação, criação e funcionamento dos serviços e equipamentos que desenvolvem atividades de Apoio Ocupacional a Deficientes.

Portaria n.º 59/2015 de 2 de março- A presente portaria define as condições de organização, funcionamento e instalação de estabelecimentos residenciais destinados a pessoas com deficiência e incapacidade, designados por lar residencial e residência autónoma

## **Anexos**

## **Anexo 1- Guião da entrevista**

## Guião da entrevista realizada nos dias 24 de fevereiro de 2015 e 17 de março de 2015

| <b>Tópicos</b>                                       | <b>Questões</b>  | <b>Indicadores</b>   |
|--|--|--|
| <b>Apresentação</b>                                  | -Motivar o entrevistador;<br>-Âmbito do trabalho;<br>-Garantir confidencialidade;<br>-Pedir autorização para gravar;<br>- Dar indicação da duração prevista da entrevista;<br>- Identificar o entrevistado.      | Informar sobre a problemática do trabalho a realizar.<br>Solicitar a colaboração do AS, assegurando o anonimato das informações/opiniões.  |
| <b>Experiência profissional da Assistente Social</b> | 1. Qual a sua formação académica?<br><br>2. Será que me pode descrever, em linhas gerais, o seu percurso profissional?   | 2.Há quantos anos trabalha como AS em contexto de pessoas com deficiência? E nesta instituição, há quantos anos está?  |
| <b>Dados sobre a instituição</b>                     | 3. Será que me pode descrever esta instituição?<br><br>4. Quais são as políticas sociais que regem o seu trabalho aqui, nesta instituição? O que pensa sobre essas políticas sociais para a área da deficiência? | 3.Como se subdivide a instituição. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe equipa técnica na instituição, qual a função de cada técnico.</li> <li>• Como se organiza essa equipa técnica, reuniões, assuntos abordados.</li> <li>• A tomada de decisões é realizada por quem.</li> <li>• Os projetos em vigor na instituição.</li> </ul> |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Os recursos humanos da instituição.</li> <li>• Como se organiza o Serviço Social, número de chefias, coordenação, número de AS.</li> </ul>  |
| <b>Identificação do público-alvo</b>         | 5. Como descreve o seu público-alvo?   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• O número de clientes.</li> <li>• Há quanto tempo os clientes estão na instituição (Perceber porque é que o cliente está na Instituição: se é por não haver integração na sociedade ou se é por outro motivo)</li> <li>• Quais as idades do público-alvo.</li> <li>• Quais as principais características deste público.</li> </ul> |
| <b>Conhecer o plano de atividades do CAO</b> | 6. Quais são as atividades realizadas dentro da instituição com o cliente? Quais são aquelas onde o AS está envolvido diretamente?<br><br>7. Quem concebe e elabora as atividades? | 6.Saber se as atividades são realizadas com todos os clientes ou dependem da idade/caraterísticas dos clientes. Saber se existe programas ou atividades mais específicas para os clientes com uma deficiência mais profunda. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quais são os critérios para fazer a distribuição dos clientes pelas atividades?</li> </ul>           |
| <b>Serviço Social e a sua prática</b>        | 8. Quais são as principais funções do AS?<br><br>9. Quais são os instrumentos e técnicas que o AS utiliza para   | 8. Quais são as principais funções do AS. O AS possui só a função de AS ou tem outra-diretor técnico/ encarregado de educação ou tutor como são geridas as pensões dos clientes que tem o AS como encarregado ou   |



|  |  |   |
|--|--|---|
|  | <p>alcançar os objetivos desejados (legislação, outro tipo de documentos, entrevistas, visitas domiciliarias).</p> <p>10. No que se refere ao trabalho do AS, procura articular-se com outras instituições? Quais são essas instituições? Qual é o principal objetivo dessa articulação?</p> <p>11. Enquanto AS, o que o distingue dos outros profissionais com os quais trabalha na intervenção com o referido público-alvo?</p> <p>12. Como o AS gere os conflitos dentro da instituição? (entre os diferentes profissionais da instituição bem como os conflitos gerados entre os clientes)</p> | tutor   |
| <b>Conhecer o trabalho realizado com o cliente</b> | <p>13. Como é feito o processo de acolhimento do cliente?</p> <p>14. Com que frequência costuma ter contacto com o cliente? (o cliente vai por sua iniciativa ao gabinete ou só vai quando é chamado)</p> <p>15. Os clientes estão inseridos nas suas famílias (ou vêm de outras instituições, lares residenciais)?</p> <p>16. Será que me pode descrever o relacionamento entre o AS e o cliente?</p>   | <p>13. Como é composto o processo individual do cliente. Saber se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existem formulários específicos que o AS tem de preencher dentro da instituição (Fichas do cliente). Qual o nome desses documentos e qual o objetivo desses documentos.</li> <li>- É realizado com/para o cliente um plano individual e quem realiza esse plano.</li> <li>- Se estabelece um contrato quando o cliente entra para a instituição.</li> </ul> |

|                                  |  |  |
|----------------------------------|--|--|
|                                  | <p>17. Quais são as suas maiores barreiras na intervenção com este público-alvo?</p> <p>18. Quais os aspetos mais positivos ou facilitadores na intervenção com este público-alvo?</p> <p>19. Como é realizada a integração do cliente na sociedade?</p> <p>20. No seu entender qual é o contributo do Serviço Social para a integração na sociedade do cliente?</p> | <p>- Como é feito a chegada do novo cliente.</p> <p>- Como é feita a seleção do cliente (caso haja lista de espera- candidatura).</p> <p>- Como é realizado o diagnóstico do cliente.</p>  |
| <b>Articulação com a família</b> | <p>21. Qual o trabalho realizado com a família do cliente?</p>   | <p>2.Existe algum apoio por parte da instituição à família do cliente? Esse apoio è prestado por que técnico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Com que frequência costuma ter contacto com a família do cliente?</li> <li>• Considera que essa frequência de contactos é suficiente e tem resultados?</li> <li>• O que pensa que seja mais valorizado pelas famílias na prática do AS?</li> <li>• Qual a relação que os clientes têm com a família?</li> </ul> |

|                                       |   |   |
|---------------------------------------|---|---|
| <b>Finalização<br/>agradecimentos</b> | <b>e</b><br>Finalizar, agradecendo a colaboração e deixando espaço para acrescentar (nova) informação e/ou dar alguma sugestão.<br>Averiguar do interesse e disponibilidade para ler a transcrição da entrevista. | Identificar se o entrevistado ainda tem algo a dizer.<br>Agradecer a colaboração na realização da entrevista. |
|---------------------------------------|---|---|

**Anexo 2-** Transcrição da entrevista realizada à AS1 na Instituição A

**Transcrição da entrevista realizada à Assistente Social, na Instituição  
A no dia 24 de Fevereiro de 2015**

A-Esta entrevista realiza-se no âmbito do Mestrado em Educação Especial-Domínio Cognitivo Motor. A dissertação intitula-se de conhecer a prática do AS no âmbito da Incapacidade Intelectual. Esta entrevista vai ser confidencial. Posso gravar?

AS1-Sim.

A-Através de uma entrevista piloto realizado anteriormente, a duração prevista desta entrevista será aproximadamente de 1h hora.

**1. Qual a sua formação académica?**

AS1-É Serviço Social, licenciatura em Serviço Social.

**2. Será que me pode descrever em linhas gerais o seu percurso profissional?**

AS1-Portanto eu estou aqui desde 2008, finais de 2008...ahm iniciei com estágio profissional aqui na instituição e depois a partir de setembro de 2009 tive a contrato até a data de hoje. Portanto já vão uns anitos.

**3. Será que me pode descrever esta instituição?**

AS1-Então é uma instituição privada de solidariedade social que tem personalidade jurídica, desde 1990... ahm iniciou primeiro com cursos de formação para pessoas com deficiência, portanto era um pequeno grupo...ahm depois esse mesmo grupo é que decidiu fundar assim a Instituição A, pronto.

Iniciou primeiro ao pé da Segurança Social, num pequeno espaço, depois passou para o pé do liceu, e depois só a partir de 2001 é que veio para a aqui para estas instalações. Na altura havia Centro de Atividades e Lar só que eram respostas separadas em termos geográficos, neste momento, não sei se me estou a alongar, neste momento portanto temos dois Centros de Atividades Ocupacionais cada um com trinta clientes e temos dois Lares Residenciais um com capacidades para dezoito e outro para oito.

Para além disso ainda temos uma residência autónoma, que é uma resposta recente, temos desde março do ano passado e tem capacidade para sete. É pouco, realmente nós até estamos a pensar em alargar essa resposta...não se calhar em termos de... propriamente de lar como se fosse um lar mas fazer lá também um Centro de Atividades no espaço porque aquilo funciona numa quinta (...) e futuramente gostávamos de fazer lá uma resposta, de forma a rentabilizar melhor o espaço.

**3.1. Como se organiza o Serviço Social, número de chefias, coordenação, número de AS?**

Pronto cada Centro de Atividades tem uma Assistente Social, nós trabalhamos em equipa multidisciplinar, portanto há técnicos que se dividem por todas as respostas. O AS neste caso nós temos para cada resposta basicamente um AS.

Portanto para o Centro de Atividades um, nós temos o um e o dois, temos uma AS para cada um e temos uma ao nível dos Lares Residenciais, portanto somos três no total.

O nosso papel vai desde a inscrição dos candidatos, portanto da fase da candidatura, onde fazemos um diagnóstico do contexto socioeconómico das famílias e de quais as necessidades e competências da família para depois também...ahm pontuarmos se é uma situação de emergência, ou não e se realmente a instituição tem capacidade para acolher esses casos. Essa avaliação é feita em conjunto com o Psicólogo com a parte da Psicologia, porque nós avaliamos a família mas eles avaliam o indivíduo, pronto. Depois é feita então avaliação é pontuada é colocada em lista de espera, quando há uma vaga é visto, portanto, os que estão prioritários na lista de espera são contactados, depois desses contactos temos de seleccionar um.

A-E esses prioritários têm critérios de seleção?

AS1-Exatamente portanto, tem a ver com...eu tenho aqui...portanto não possuir historial de violência ou predisposição para a violência que ponha em causa a segurança dos clientes e dos funcionários da instituição, portanto depois aqui a pontuação vai de zero a dez. O segundo critério vai de acordo com os critérios definidos e com as condições físicas e humanas disponíveis na instituição, ou de acordo com as exigências de cada caso. Situação de emergência social; risco de isolamento social e a área de residência, nós aqui damos prioridades a casos dentro do conselho de Leiria ou zonas limítrofes, porque temos de fazer essa seleção porque se não torna-se impossível.

Ou seja o papel do AS é muito importante desde esta fase da candidatura até a sua admissão na instituição depois também participar ativamente no plano individual de cada sujeito. Esse plano individual é elaborado a partir das necessidades e competências de cada caso, de cada sujeito e são seleccionadas atividades que façam sentido para esse caso. Pronto esse plano tem de ser sempre aprovado, quer pelo cliente quer pela família. Porque pode até não fazer sentido, aquilo que nós seleccionamos como atividade pode não fazer sentido para ele ou para a família e aí então reelaboramos o plano, esse plano é revisto de seis em seis meses é revisto o plano e é alterado se fizer sentido.

### **3.2. E em relação aos recursos humanos?**

AS1-Pronto nós temos então o organograma, eu depois posso ceder-lhe, então eu vou, se me fizer o favor esperava um bocadinho que eu ia buscar o organograma é mais fácil explicar. A AS1 foi buscar o organograma e ainda foi fazer um telefonema demorou dois minutos. Pronto então temos aqui os Centros de Atividades um e dois que são aqui no mesmo edifício, portanto o CAO dois nós consideramos, depois vou-lhe mostrar se tiver disponibilidades para isso, é aqui neste corredor a partir desta porta, e o CAO um é lá em baixo portanto descendo aqui umas escadas e o espaço é completamente diferente, dá a ideia de que é mais oficial, porque tem as oficinas de artes, tem a oficina de encadernação tem a sala de informática. Portanto o espaço, as características são completamente diferentes e os casos que temos lá em baixo também são diferenciados relativamente ao CAO dois. Portanto quando eles são admitidos depois também tem de

77 haver essa avaliação se realmente se adequam mais a atividades dentro do CAO um ou  
78 CAO dois. Depois como eu lhe tinha dito tem uma AS em cada resposta, Psicóloga  
79 também acaba por ter uma em cada CAO. No entanto uma destas Psicólogas é  
80 coordenadora da Residência Autônoma, logo em termos de disponibilidade não é tão  
81 grande. Depois é Professora de Artes, Educadora Social, tem as Monitoras, Animadora  
82 Cultural, Encadernadora, Técnica de Reabilitação, Terapeuta Ocupacional,  
83 Fisioterapeuta voluntário e Ajudante de Fisioterapia, pronto neste momento este  
84 voluntário não tem vindo, mas temos a ajudante de Fisioterapia que faz alguns trabalhos  
85 de reabilitação funcional massoterapia. Depois temos os Lares, um deles é aqui da parte  
86 de cima, aqui mesmo em cima de nós e temos o Lar que é também mesmo aqui ao lado,  
87 depois eu mostro-lhe onde fica. Pronto depois as Ajudantes da Ação Direta e a AS.  
88 Pronto ao nível da Residência Autônoma em termos do quadro não está a AS, no  
89 entanto nós damos apoio porque, porque estes casos que estão na Residência Autônoma  
90 frequentam o CAO logo usufruem do Serviço da AS. Daí não ser necessário estar lá a  
91 tempo inteiro uma AS. Pronto depois temos o Motorista, ao nível de recursos realmente  
92 é pouco um Motorista. O que é que acontece muitas das vezes os outros colaboradores  
93 têm de fazer o serviço de transporte. Pronto nós próprios quando queremos ir a  
94 consultas com eles, acompanhar atividades temos que levar nós a carrinha da  
95 instituição. Pronto ao nível de carrinhas propriamente ditas também temos alguma  
96 dificuldade em gerir porque só temos três, pronto e para uma população de sessenta é  
97 complicado, pronto.

### 98 **3.3. Existe uma equipa técnica?**

99 **AS1-**Nós ao nível do CAO temos então as duas AS, temos duas Psicólogas, temos a  
100 Terapeuta Ocupacional, Técnica de Reabilitação Social, pronto para além dos  
101 coordenadores, só temos um coordenador para os dois Centros de Atividades, quer só ao  
102 nível do CAO?

103 **A-**Sim.

104 **AS1-**Pois, porque depois nós temos uma Enfermeira que acaba por também dar um  
105 bocadinho de apoio ao CAO, embora ao nível do organograma não esteja aí, mas acaba  
106 também por interferir em algumas questões...ahm penso que não estou a faltar com mais  
107 ninguém...ah Professora de Artes e Educadora Social também acabam por fazer parte e  
108 também por vezes a Ajudante de Fisioterapia, pronto em algumas situações muito  
109 pontuais.

### 110 **3.4. Ainda em relação a equipa técnica como se organiza?**

111 **AS1-**Existe uma calendarização, as reuniões são quinzenais, pronto. Por vezes há  
112 reuniões extraordinárias quando o caso assim o exige são convocados com alguma  
113 antecedência e então faz-se uma reunião. Pronto tem de haver sempre um ponto da  
114 situação, não é uma ordem de trabalho para depois quando viermos para a reunião  
115 conseguirmos discutir todos os assuntos e não deixarmos nenhum pendente...ahm é  
116 sempre muito complexo o trabalhar num sítio destes porque todos os dias há situações

117 novas e então por vezes é necessário uma reunião de urgência para discutir um assunto  
118 que não pode ser adiado, pronto...ahm ao nível do nosso trabalho, nós trabalhamos em  
119 tríade indivíduo-família-comunidade. Eu posso-lhe descrever um bocadinho do nosso  
120 trabalho.

121 **A-Sim, pode ser mas um pouco mais a frente.**

122 **AS1-Ok.**

### 123 **3.5. Em relação à tomada de decisão?**

124 **AS1-Portanto o coordenador...**a nível hierárquico é aquele que gere a equipa  
125 multidisciplinar, portanto ele é que coordena as atividades do CAO e da equipa técnica.  
126 Depois ele próprio é que passa as informações para a direção. Pronto e a direção é que é  
127 o órgão máximo, digamos assim que toma as decisões.

### 128 **3.6. Os projetos em vigor da instituição, incluindo na instituição? Pode-me** 129 **descrever?**

130 **AS1-** Terapia em meio aquático; natação adaptada; equitação terapêutica; boccia;  
131 atividade física adaptada; reabilitação funcional; snoezelen; psicomotricidade; inclusão  
132 digital; TIC; apoio psicológico individual; terapia pelo grupo; apoio social; expressão  
133 corporal; expressão dramática; expressão musical; expressão plástica; treino de  
134 AIVQ`S; treino de competências; trabalhos: esmerna, arraiolos; ponto cruz; encadernação;  
135 cerâmica; massoterapia; trabalho ocupacional, a ser realizado em outras entidades, entre  
136 outras. Pronto em termos do Centro de Atividades, portanto temos as atividades que já  
137 lhe mostrei, não é? Neste sentido não temos em vista nenhuma atividade extra, para  
138 além dessas que estão em vigor. Depois ganhamos, foi...conseguimos financiamento  
139 através do BPI capacitar um jardim sensorial que tem um ringe onde podem fazer  
140 atividades física e tem aquelas máquinas de manutenção. Portanto vai ser mesmo aqui  
141 nas imediações da instituição. Portanto acho que é um projeto inovador e acho que  
142 muito benéfico para a nossa população e também para a comunidade envolvente, porque  
143 é uma forma de juntar a comunidade com a nossa população. E acho que por aí é...vai  
144 ser muito importante muito benéfico.

### 145 **4. Quais são as políticas sociais que regem o seu trabalho aqui na instituição? O** 146 **que pensa sobre essas políticas sociais para a área da deficiência?**

147 **AS1-Portanto políticas sociais, nós temos as respostas não é? Propriamente ditas,**  
148 **portanto os Lares os Centros de Atividades Ocupacionais e temos a Residência**  
149 **Autónoma. No nosso caso temos só essas três respostas. Depois haverá muitas outras na**  
150 **comunidade, não é apoios domiciliários...**ahm se calhar Centros de Acolhimento,  
151 Centros de Atendimento, depois nós o que é que fazemos há determinadas  
152 necessidades que os nossos clientes têm de terem ajudas técnicas, por exemplo. Porque  
153 temos muitos em cadeiras de rodas, outros com canadianas, pronto outros só com  
154 dificuldade de mobilidade e então nós contactamos a comunidade para...como é que hei  
155 de explicar...para acionar os seus direitos que é ter o apoio do estado é neste sentido.



156 Também depois fazemos a ponte com os Centros de Saúde para conseguirmos consultas  
157 de encaminhamento para fisioterapia, credenciais de transporte também para  
158 tratamentos ahm com o hospital também para as ajudas técnicas. Depois também ao  
159 nível da habitação, também há situações que precisam de remodelações dentro das  
160 habitações, para de adaptarem as necessidades em termos de acessibilidade.

161 A-Na habitação do próprio cliente?

162 **AS1**-Exatamente porque nós temos...do total, só vinte e seis é que estão em Lar  
163 Residencial, pronto todos os outros ainda estão com as famílias. Muitas das vezes as  
164 habitações não estão adaptadas aos casos, muitas das vezes a própria família também  
165 em termos económicos não tem capacidade para fazer essas obras e daí nós também  
166 temos esse papel, pronto. Ao nível de acionar também o pedido da pensão social, para o  
167 caso daqueles que não têm a pensão, ou o complemento por dependência também  
168 porque há casos que precisam também de apoio direto em termos de cuidados de  
169 higiene pessoal e muitos outros, há tantas...

170 A-E acha que essas políticas são suficientes para responderem as necessidades dos  
171 clientes?

172 **AS1**-É assim, o que é que nós temos vindo a reparar, isto de um tempo para cá nós  
173 temos uma população que está a envelhecer, com deficiência e a envelhecer. As nossas  
174 respostas precisam de se irem adequando ao caso, não è? Irem adaptando-se as  
175 situações, realmente em termos de infraestruturas está a tornar-se cada vez mais  
176 complicado porque alguns já estão entretanto em situações de ou acamados e nós já não  
177 podemos tê-los cá, ou então com muita dificuldade de mobilidade para participar nas  
178 próprias atividades...ahm só que nós também não podemos encaminhar para outros  
179 sítios, porque para Lar de Idosos muitas vezes é muito cedo, porque ainda não atingiram  
180 os sessenta e cinco anos só que na vertente da deficiência o que é que acontece, o  
181 indivíduo tem deficiência e tem também a idade. Portanto, as duas coisas juntas já com  
182 a incapacidade de cada lado não é torna-se cada vez mais difícil dirigir o caso.... ahm  
183 depois o que é que acontece as famílias também já não têm capacidades de respostas,  
184 muitas delas a idade dos pais, os pais já têm uma idade muito avançada, ou então já não  
185 têm pais e são os irmãos que têm de prestar o apoio e também eles próprios têm a vida  
186 deles e não se conseguem dividir. E então à instituição cabe assim um papel um  
187 bocadinho complicado gerir estas situações, porque é assim o que eu...é que nós  
188 tentamos sempre que um cliente ou um cliente entra para o lar nós tentamos assegurar  
189 que a família não o abandona, portanto o papel do AS neste caso é capacitar a família  
190 para continuar a prestar o apoio mesmo quando há consultas e nós podemos  
191 acompanhar, mas se a família tiver disponibilidade nós tentamos primeiro apelar a  
192 família, pronto. Não lhes tirar a capacitação toda, porque eles têm um papel  
193 fundamental. Porque eles próprios basta uma semana um familiar não fazer um  
194 contacto, ou não o acompanhar a uma determinada consulta, que eles próprios sentem-  
195 se abandonados e nós tentamos fomentar este papel da família que é muito importante  
196 na reabilitação deles, no bem-estar deles. Nós estamos aqui é para ajudar na...portanto

para encontrar estratégias de ajuda não é? Capacitar dar competências às famílias e também lhes dar competências a eles, pronto e tentar mantê-la ligação entre os dois, não separar, não é? A partir do momento que entra por esta porta, não é deixar a responsabilidade para trás. No entanto há sempre um responsável familiar no processo de admissão e até na candidatura é sempre seleccionado um responsável que depois vai acompanhar todo o processo e o indivíduo ao longo do percurso na instituição...ahm e é

## **5. Como descreve o seu público-alvo?**

**AS1**-É assim nós temos casos muitos diferenciados, portanto nós damos apoio a jovens e adultos do género masculino e feminino com deficiência a partir dos dezasseis anos, idade igual ou superior a dezasseis mas depois não há um limite máximo. Pronto lá está era aquilo que estava a falar, portanto como não há limite máximo, nós não os podemos abandonar, agora chegaste a esta fase eu não tenho resposta para ti e agora tens de sair da instituição...claro que quando chegamos a um ponto que esteja mesmo numa situação de grande incapacidade e falta de mobilidade extrema e acamado depois nós temos de contactar as respostas que há na comunidade para nós próprias encontrarmos uma solução. Nós temos casos muitos diversificados, nós temos dentro da deficiência temos a física, temos a intelectual, temos multissensorial, a nível sensorial temos um caso que até é cega surda e muda. Depois temos também a doença mental, temos casos com esquizofrenia, doença bipolar maníaco-depressiva. Esses casos são em menor número, no entanto devido a necessidade que há na comunidade para dar uma resposta a esses casos porque não existe e nós como somos uma instituição de integração social, nós também aceitamos acolher esses casos, no entanto em termos de resposta não é tão adequada a esses casos. Nós fomos criamos um bocadinho mais para a parte da deficiência e para dar respostas a casos de doença mental não é tão fácil. Até porque em termos de hábitos de trabalho é mais complicado...ahm precisam de outro tipo de acompanhamento. Pronto depois quando eu mostrar a estrutura, as salas depois vai verificar que as salas são...pronto têm casos muitos diferenciados, não são homogéneas são heterogéneas, ou seja, numa sala podemos ter um caso de um cliente de cadeira de rodas que não fala e podemos ter outro autónomo que acaba por dar apoio ao colega, porque aí nós também tentamos capacitar o colega a ajudar o outro. Portanto em termos de interação, tentamos fomentar a interação entre eles, a socialização. Pronto é uma estratégia que implementamos.

### **5.1. Número de clientes?**

**AS1**-Em cada CAO é trinta, trinta.

### **5.2. Há quanto tempo os clientes estão na instituição? (Perceber porque é que o cliente está na instituição?)**

**AS1**-É assim eu penso que para muitos pais, isto é a resposta última. Para alguns pais é a resposta última, porque enquanto eles frequentam a escolas, eles tentam sempre que eles frequentem a escola até ser permitido por lei pelo Estado. Depois quando chegam a fase que não podem continuar mais na escola então aí é feito um contacto com a

237 instituição. O que é que acontece eles necessitam nesse momento de uma resposta  
238 imediata, só que nós primeiro que tenhamos vagas é muito complicado. E o que nós  
239 pedimos sempre é mesmo que não tenham a idade dos dezasseis podem fazer a inscrição  
240 antes, e depois quando houver possibilidade e então tiverem os dezasseis anos podemos  
241 então ponderar a entrada em caso de vaga. Agora depois já com dezoito, porque depois  
242 muitas vezes apelam para eles ficarem na escola até mais tarde, e algumas escolas têm  
243 aceitado essa situação, depois com dezoito ou vinte anos em alguns casos já não têm  
244 resposta, portanto como não fizeram uma inscrição antecipada e naquele momento  
245 precisam de uma resposta imediata depois não a têm. O que eu noto é que muitas  
246 pessoas vêm já numa situação limite para pedir ajuda e fazer a inscrição. Mesmo em  
247 resposta de Lar Residencial, o que eu digo sempre é, quando vêm fazer a inscrição para  
248 Centro de Atividades façam logo para lar, mesmo que não entrem logo, porque eu sei  
249 que muitas famílias ainda têm capacidades e não os querem institucionalizar, o que eu  
250 digo é mas isto não quer dizer que ao fazer uma inscrição ele tenha que entrar logo.  
251 Portanto fica em lista de espera, um dia mais tarde quando precisar é muito mais fácil,  
252 porque já há um pedido feito anteriormente, pronto claro que há casos que depois nós  
253 ponderamos...que é assim não tem inscrição em lar mas estão aqui há muitos anos no  
254 Centro de Atividades, se de um momento para o outros lhes faltarem os pais, nós temos  
255 que arranjar uma resposta, mesmo que não haja uma inscrição temos de tentar, e  
256 também acabamos por dar prioridade a esses casos que estão nos Centros de Atividades  
257 relativamente aos que estão em lista de espera.

258 **A-Qual é o cliente que está aqui há mais tempo?**

259 **AS1-**Portanto a instituição já fez vinte e cinco anos, se calhar já tem aqui alguns desde o  
260 início sim, não querendo mencionar nomes alguns estão na fundação da própria  
261 instituição.

262 **6. Quais são as atividades realizadas dentro da instituição com o cliente? Quais são**  
263 **aquelas onde o AS esta incluído diretamente?**

264 **AS1-**As atividades são as que lhe mostrei (Folheto).

265 **A-O AS está diretamente envolvido nesta atividades?**

266 **AS1-**Não portanto, terapia em meio aquático, portanto é a Terapeuta Ocupacional ou a  
267 Técnica de Reabilitação. Enquanto equipa multidisciplinar nós ajudamos a avaliar e a  
268 direcionar cada atividade mas participar diretamente na atividade não participamos, só  
269 mesmo na elaboração.

270 **6.1. Saber se as atividades são realizadas com todos os clientes ou dependem da**  
271 **idade/caraterísticas dos clientes. Saber se existe programas ou atividades mais**  
272 **específicas para os clientes com uma deficiência mais profunda?**

273 **AS1-**As atividades são selecionadas para cada tipo de cliente. Temos de ver em termos  
274 de necessidades e expectativas deles. Portanto há uma avaliação daquilo que eles  
275 necessitam para o seu bem-estar físico e emocional...ahm em termos das suas próprias

276 competências e que achamos que eles conseguem fazer....ahm e daquilo que eles  
277 gostam. Portanto a expectativa deles relativamente a atividade e se gostam daquele tipo  
278 de atividades, porque também não faz sentido dar uma atividade que eles não gostam.  
279 Pronto há casos em que têm muito menos atividades porque também a sua capacidade  
280 também de verbalização...então é mais em termos físicos nesses casos...mais no seu  
281 bem-estar físico.

## 282 **7. Quem concebe e elabora as atividades?**

283 **AS1-**Quem elabora as atividades é a equipa multidisciplinar.

## 284 **8. Quais são as principais funções do AS?**

285 **AS1-**Uma das principais funções é de colaborar com as famílias, identificar as suas  
286 necessidades, as suas competências e acompanhá-las no processo de reabilitação dos  
287 seus filhos/familiares. O acompanhamento é realizado em tríade ao nível do indivíduo,  
288 do grupo e da comunidade. O trabalho da Técnica de Serviço Social elabora-se em  
289 diferentes níveis. Ao nível familiar, (Mediação em tríade ao nível do indivíduo, de  
290 família (conviventes) e instituição) as principais tarefas são: procurar promover as  
291 potencialidades, de modo capacitá-las de estratégias necessárias para ultrapassar  
292 situações de crise: estudo do meio socioeconómico e familiar dos clientes; orientar e  
293 sensibiliza as famílias no âmbito da reabilitação e integração dos clientes na sociedade,  
294 reforçando a importância do seu papel ativo nesse processo; sensibiliza e orienta a  
295 família na execução do seu papel de cuidador, nomeadamente na execução do poder  
296 parental; reúne e fornece informações com o objetivo de dar respostas às necessidades  
297 dos clientes e dos seus familiares, tais como os direitos e deveres da pessoa portadora de  
298 deficiência; ajuda os clientes e seus familiares a resolver adequadamente os seus  
299 problemas de adaptação e readaptação social, fomentando uma decisão responsável;  
300 Elaboração de informações às famílias sobre as atividades elaboradas na instituição e  
301 outros, servindo de mediadores entre a instituição e os responsáveis familiares;  
302 sensibiliza e orienta as famílias na participação dos planos individuais.

303 Ao nível institucional numa (intervenção de diagnóstico): elabora entrevistas de  
304 acolhimento, atendimento e acompanhamento das famílias na instituição e no domicílio,  
305 ajudando-as a encontrar uma estratégia de resolução de problemas, bem como  
306 proporcionar orientação e apoio social (informações e diligências para conseguir ajudas  
307 técnicas, pensões sociais, apoios institucionais, etc...); colabora na elaboração da ficha  
308 de caracterização psicossocial dos clientes; elabora e atualiza os processos dos clientes,  
309 ao nível social, clínico, familiar e outros; elaboração de relatórios sociais,  
310 nomeadamente registo de atendimentos/entrevistas, visitas ao domicílio, etc; participa  
311 na atualização dos processos dos clientes; participa na elaboração e execução dos planos  
312 individuais de intervenção, sensibilizando as famílias na execução dos mesmos.

313 Em termos dos procedimentos intrainstitucional: apoia na orientação da distribuição de  
314 bens alimentares e outros, as famílias carenciadas; arquivo das ementas semanais;  
315 elabora e afixa programa semanal das consultas externas e arquivo das mesmas; elabora

316 comunicações internas; elabora e arquiva informações sociais diversas; colabora na  
317 organização e desenvolvimento de atividades ocupacionais, recreativas, culturais e de  
318 socialização, nas respostas sociais.

319 Uma coisa que eu não referi foi, nós temos casos em atividades socialmente úteis,  
320 trabalho ocupacional na comunidade, são poucos, mas temos esse processo, ou seja, nós  
321 não temos formação profissional mas encaminhamos alguns casos para trabalhar na  
322 comunidade, damos formação direta a pessoa que vai lidar com ele de forma que tenha  
323 conhecimento de qual é o perfil do cliente e fazemos esse acompanhamento, nesse caso,  
324 se calhar nessa atividade acabamos por nós termos um papel mais ativo. Porquê?  
325 Porque nós temos de fazer sempre o acompanhamento, como ele está na  
326 comunidade...ahm e como a outra pessoa do outro lado acaba por ter sempre  
327 dificuldade em lidar, porque eles em situações ao nível comportamental e depois a  
328 própria medicação também altera alguns comportamentos, nós temos de ir dando  
329 sempre informações, portanto se houver uma mudança na tabela terapêutica, se houver  
330 sintomas em termos comportamentais alterados nós temos que fazer sempre essa ponte  
331 e do lado de lá a mesma coisa se notarem que o comportamento esta diferente,  
332 contactarem-nos sempre.

333 Também elabora os mapas de relação mensal por acordo de cooperação que envia para  
334 o Centro Distrital da Segurança Social; arquiva os mapas mensais por acordo de  
335 cooperação; acompanha os clientes nas consultas médicas, elaboração de exames  
336 médicos e análises, excepto nas consultas de psiquiatria; registo das diligências  
337 efetuadas durante o acompanhamento médico e outros; articulação interinstitucional, no  
338 desenvolvimento do apoio social a clientes e familiares.

339 Depois na cooperação na implementação e avaliação das ajudas técnicas colabora, com  
340 a técnica de reabilitação, na avaliação da necessidade de aquisição de ajudas técnicas  
341 para a melhoria da qualidade de vida do cliente e adaptação do meio familiar; elabora,  
342 com a técnica de reabilitação, as diligências necessárias para obtenção das ajudas  
343 técnicas, nomeadamente através de contactos com as diversas entidades públicas e  
344 privadas.

345 Ao nível da comunidade: promoção da integração social, através de saídas  
346 socioculturais-apoia na organização de saídas e eventos sociais organizados pelas  
347 entidades publicas e/ou privadas; apoia na organização de passeios de lazer; promove a  
348 adaptação e integração dos clientes e familiares na comunidade, com o objetivo de  
349 inclusão social; estabelece contactos e articula-se com outros serviços ou técnicos da  
350 área de Saúde, Educação, Segurança Social, Autarquias e outros, sempre que  
351 necessário; colabora e participa em ações de formação e sensibilização sobre a  
352 complexidade da problemática dos clientes. Portanto o papel do AS é bastante vasto e  
353 complexo.

354 **8.1. Quais são as principais funções do AS? O AS possui só a função de AS ou tem**  
355 **outra-diretor técnico/ encarregado de educação ou tutor como são geridas as**  
356 **pensões dos clientes que tem o AS como encarregado ou tutor.**

357 **AS1**-Aqui na instituição só tenho mesmo a função de AS.

358 **9. Quais são os instrumentos e técnicas que o AS utiliza para alcançar os objetivos**  
359 **desejados (legislação, outro tipo de documentos, entrevistas, visitas domiciliarias)?**

360 **AS1**-É assim temos de recorrer sempre a legislação no caso das ajudas técnicas se for  
361 necessário apoios para a habitação, ao nível dos requerimentos para a pensão social para  
362 tratar dos atestados de incapacidade também tivemos que tivemos a acesso a legislação  
363 tentar perceber como é que funciona...ahm portanto isso é o que esta na comunidade ao  
364 nível da lei nós temos de estar sempre atualizados.

365 Ao nível de instrumentos de trabalho não sei no nosso contexto de trabalho é ao nível  
366 dos atendimentos é a parte da entrevista feita as famílias e ao cliente para o diagnóstico  
367 das necessidades e competências a própria observação do dia-a-dia direta ou indireta  
368 que fazemos dos casos...ahm depois é os relatórios sociais. Umas das técnicas também  
369 é as visitas ao domicílio para muitas vezes tentarmos perceber o contexto é necessário,  
370 porque uma coisa é a pessoa estar a dizer o que é que acontece em casa e outra coisa é  
371 nos em loco vermos o que é que se passa.

372 **A**-Essas visitas acontecem antes da admissão ou só depois?

373 **AS1**-Não só depois de estarem cá, embora uma altura pensamos em também dar a apoio  
374 a casos que também estejam em lista de espera, que também têm bastante necessidades.  
375 Só que como nós temos realmente um grande número de clientes às vezes torna-se  
376 difícil gerir tudo. Mas tentamos contactar todos os que estão em lista de espera e  
377 perceber como é que está a situação e como é que podemos ajudar, porque se nós não  
378 tivermos resposta o que nós fazemos é encaminhar para outros sítios, portanto damos  
379 sempre esse apoio.

380 **10. No que se refere ao trabalho do AS, procura articular-se com outras**  
381 **instituições? Quais são essas instituições? Qual é o principal objetivo dessa**  
382 **articulação?**

383 **AS1**-Portanto eu já referi quando estava a falar sobre as funções do AS, portanto com a  
384 Segurança Social os Centros de Saúde, com as Autarquias ...ahm. Pronto as Autarquias  
385 tem a ver também ao nível dos apoios...ahm alguma atividade que nós queiramos fazer  
386 ou mesmo, algumas Autarquias que têm também a parte do Serviço Social e aí também  
387 tentamos por exemplo se houver um caso na área de atuação dessa Autarquia que nós  
388 tenhamos algumas dúvidas nós também tentamos sempre tentar saber informações.  
389 Pronto, nós tentamos sempre cada vez mais ter esse contacto com as instituições, porque  
390 é importante apelarmos a comunidade para nos ajudar. Mesmo as atividades, fazemos  
391 muitas atividades na comunidade também para sensibilizar as pessoas que estão de fora  
392 a conhecer a nossa realidade e também para as instituições conhecerem.

393 **11. Enquanto AS, o que o distingue dos outros profissionais com os quais trabalha**  
394 **na intervenção com o referido público-alvo?**

395 **AS1**-É assim eu todos os dias penso que tenho muito a aprender. Aqui na casa entrei  
396 muito posteriormente a minha colega portanto acabei por...às vezes sinto que ainda não  
397 estou no papel. Parece que sinto sempre algum mais de desenvolver algo mais, parece  
398 que estamos sempre em falta, porque nós no contacto com a realidade às vezes sentimo-  
399 nos um bocadinho impotentes e agora o que é que eu faço? O que é bom o facto de que  
400 e a colega da minha área é que podemos discutir cada caso, e eu tenho uma ideia, ela  
401 tem outra e a experiência de uma acaba por ajudar também e tentamos sempre...pronto  
402 o olhar é sempre diferente de cada técnico. Portanto não podemos dizer que agimos  
403 todos da mesma maneira. Numa intervenção até às vezes é engraçado, porque nós temos  
404 sempre uma pré-inscrição. Na pré-inscrição portanto no atendimento a família  
405 recolhemos algumas informações depois a um atendimento mesmo de inscrição  
406 posterior e a outra técnica, é outra colega a atender. E então depois é engraçado ver que  
407 eu percepcionei alguma coisa da família, ela percepcionou outras e às vezes é bom, até  
408 porque as próprias famílias dizem uma coisa a uma e dizem outras a outra. E então é  
409 engraçado também perceber a coerência do próprio discurso familiar. E eu aí acho  
410 muito benéfico o facto de ser mais do que uma a trabalhar, porque nisso é importante  
411 mesmo na avaliação das famílias.

412 **12. Como o AS gere os conflitos dentro da instituição? (entre os diferentes**  
413 **profissionais da instituição bem como os conflitos gerados entre os clientes).**

414 **AS1**-Sim portanto ao nível dos clientes quando é preciso uma intervenção mais direta,  
415 nos encaminhamos sempre mais para a Psicóloga. Pronto no entanto no contexto de sala  
416 de virmos situações que não achamos corretas, nós tentamos sempre falarmos com a  
417 responsável e tentar chegar a um acordo, não é? Tentar perceber as duas partes a parte  
418 dela e a parte do cliente. A nível entre colaboradoras, onde trabalha muita gente é  
419 sempre complicado, porque depois cada cabeça sua sentença, só que há regras  
420 institucionais, regras de funcionamento e as pessoas têm de seguir...ahm, mesmo que a  
421 gente não concorde com algumas coisas há coisas que temos de fazer. E aí há o  
422 coordenador gere mais estas situações, havendo o coordenador lá está como há muitos  
423 casos que a AS que é a diretora técnica acaba também por ter esse papel da gestão dos  
424 conflitos e da coordenação, neste caso como temos um coordenador delegamos um  
425 bocadinho essa situação ao coordenador.

426 **13. Como é feito o processo de acolhimento do cliente na instituição?**

427 **A**-Já respondeu.

428 **13.1. Existe um processo individual? Como é composto o processo individual do**  
429 **cliente. Existem formulários específicos que o AS tem de preencher dentro da**  
430 **instituição (fichas do cliente)? Qual o nome desses documentos e qual o objetivo**  
431 **desses documentos?**

432 **AS1**-O processo individual tem desde a ficha de caracterização...ahm  
433 sociofamiliar...ahm tem os documentos pessoais, portanto tem vários separadores, nós  
434 também colocamos lá toda a informação social, portanto o primeiro é a informação

social o segundo é os documentos, cartão de cidadão...ahm IRS documentos mais pessoais. Depois temos a parte clínica, as tabelas terapêuticas têm relatórios médicos...ahm depois temos a parte, temos um separador só para o plano individual só com as atividades do cliente, as reuniões que são feitas quando se fala do plano do cliente. Temos também o separador para o trabalho ocupacional para os casos que temos em trabalho ocupacional na comunidade basicamente é....ahm depois outros assuntos, outras informações.

**13.3. É realizado com/para o cliente um plano individual e quem realiza esse plano?**

**AS1-**O plano individual é realizado com o Psicólogo e com o AS e depois com toda a equipa que participa nas atividades, por exemplo as atividades em meio aquático depois tem de ter ou o Professor de Educação Física que acaba por ser o coordenador que tem também esse papel tem a Terapeuta Ocupacional tem a Técnica de Reabilitação. Portanto dependendo das atividades o técnico participa ou não na reunião.

**13.4. Se estabelece um contrato quando o cliente entra para a instituição?**

**AS1-**Sim, exatamente.

**13.5. Como é feita a chegada do novo cliente?**

**AS1-**Há um período experimental portanto há um programa de acolhimento... é um mês portanto se ao fim de um mês virmos que ele não se adapta, ou que estar na instituição não faz sentido, então aí não mantem na resposta é sempre feito esse...porque é assim é a nossa avaliação muitas vezes em loco podemos vir a verificar que realmente pode não se adequar, e mesmo ele próprio pode não se adaptar ao ambiente da instituição. Mas depois aí é feita uma reunião como a família e tentar ver se damos mais uma oportunidade. Por exemplo se agredem algum colega é uma situação frequente e reiterada e nós aí temos de tomar uma atitude. Quem faz o programa de acolhimento é a Psicóloga, portanto ela no final do mês faz a avaliação depois dá-se continuidade ou não, normalmente é raro não ficar, só se for uma situação muito excecional.

**14. Com que frequência costuma ter contacto com o cliente? (o cliente vai por sua iniciativa ao gabinete ou só vai quando é chamado).**

**AS1-**Temos muitos que gostam de ir ao gabinete, de manhã cumprimentar mas sempre educadamente batem a porta quando não o fazem nós tentamos que eles o façam. Que tenham alguma educação, e pronto depois encaminhamos muitas vezes para o Centro de Atividades porque eles às vezes não querem sair dali, gostam de estar ali, nós também temos pena de os mandar embora, mas também temos o trabalho. Nós como estamos aqui mesmo porta com porta com o Centro de Atividades muitas vezes estamos ali no gabinete e ouvimos alguma situação ou algum grito então vamos logo ver o que é que se passa e todos os dias damos as nossas voltas pelas salas ver o que é que se passa se está



473 tudo bem, ver como é que o cliente veio, como é que esta o comportamento dele, o que  
474 é necessário.

475 **15. Os clientes da instituição estão inseridos nas suas famílias (ou vêm de outras**  
476 **instituições, lares residenciais)?**

477 **AS1-**Alguns sim outros não.

478 **16. Será que me pode descrever o relacionamento entre o AS e o cliente?**

479 **AS1-**Pronto é assim como toda a gente há certos clientes que nós temos mais empatia  
480 do que outros, não é? E a uns mais dados do que outros, pronto. As situações mais  
481 complicadas são realmente aqueles que têm falta de mobilidade, que estão numa cadeira  
482 de rodas que não falam. Portanto em termos de reação ao estímulo e aquilo que nós  
483 falamos não reagem esses é muito mais complicado nós termos uma interação. E muitas  
484 das vezes lutamos contra isso porquê? Porque eles percebem apesar de não falarem eles  
485 sentem. Todos eles têm uma sensibilidade muito mais apurada, mesmo quando nós não  
486 estamos bem eles notam logo, notam muito facilmente. São muito carinhosos, a maior  
487 parte deles gostam muito de abraços beijinhos. Eles próprios sentem a falta de  
488 quando nós não vamos lá dentro, nós estamos sempre a aprender com eles, eles às vezes  
489 surpreendem-nos pela positiva até mesmo em termos das competências deles, as vezes  
490 em locus vemos afinal ele sabe, consegue e então o nosso papel também é incentivar  
491 para que eles desenvolvam as competências deles. Não é? Têm esse problema e agora  
492 têm de viver assim, claro o que é que nós dissemos as famílias, aqui não há milagres as  
493 pessoas não são curadas. Nós podemos é tentar manter ao máximo as competências que  
494 eles já têm, desenvolver outras se possível, se virmos que há possibilidade. O que é  
495 importante mesmo é eles não regredirem, não regredirem nas capacidades quanto mais  
496 parados eles estão com menos atividades mais regredem. O falar com eles também ajuda  
497 a desenvolver a nível intelectual, mesmo em termos da fala é importante nós  
498 estimularmos diariamente.

499 **17. Quais são as suas maiores barreiras na intervenção com este público-alvo?**

500 **AS1-**É assim...barreiras às vezes é mais com a família do que propriamente com eles.  
501 Eles são muito na paz, espontâneos, às vezes nós temos é de trabalhar para saber lidar  
502 com eles. Nós próprios estamos muitas vezes aprender a lidar com eles...ahm e  
503 tentamos perceber as duas partes. Muitas vezes, alguns casos vêm de casa com bastantes  
504 problemas desabafam situações que se passam em casa, que os pais gritaram com eles  
505 ou que não tiveram postura, mais adequada e nós tentamos perceber as duas partes  
506 ligar para o familiar e perceber o que é que se passou. Muitas vezes eles próprios como  
507 têm uma sensibilidade muito mais exacerbada levam uma simples situação, fazem  
508 daquilo um cavalo de batalha, uma tempestade num copo de água. E nós também  
509 tentamos apelar a família para terem um pouco de compreensão e tentar não...tentar  
510 resolver as coisas de outra maneira...Às vezes as coisas demoram algum tempo, algumas  
511 famílias também devido a idade avançada e algum cansaço já não estão muito recetivas  
512 à intervenção, já é muito mais complicado fazer entender as coisas, até porque é sim não

513 é fácil para ninguém ter um familiar com deficiência, mas ele também não tem a culpa  
514 de ter uma deficiência e então quando não conseguimos remediar o que è? Não é? A  
515 realidade, temos de tentar adaptarmo-nos a ela.

516 **18. Quais os aspetos mais positivos ou facilitadores na intervenção com este**  
517 **público-alvo?**

518 **AS1-**Mais positivos....ahm é assim todos os dias sabe bem estar com eles. Às vezes é  
519 bom ir ali a sala e estar um bocadinho a falar com eles, às vezes é difícil, porque nós  
520 temos tanta burocracia, tantas coisas para tratar às vezes é difícil, mas é tão bom e eles  
521 às vezes mostrarem afeto tão genuinamente...pronto claro que é assim nós também  
522 temos os tais casos com doença mental, esses são mais complicados em termos  
523 comportamentais resistem mais a intervenção, pronto. Nós somos uma instituição de  
524 regime aberto há muitos casos que dão a sua voltinha fumam o seu cigarrinho às vezes  
525 querem ir beber o café fora...ahm às vezes exigem mais dinheiro, nós fazemos a gestão  
526 do dinheiro de alguns eles estão sempre a tentar que nós lhe demos mais e então aí é  
527 sempre mais difícil, todos os dias temos de estar-lhes a dizer a mesma coisa.

528 **A-**A gestão do dinheiro é feita por quem?

529 **AS1-**É feita ao nível da secretária, mas nós fazemos a intervenção com eles a explicar-  
530 lhes como as coisa se processam. Mas em termos mesmo do dinheiro fica na secretária.

531 **19. Como é realizada a integração do cliente na sociedade?**

532 **AS1-**Pronto em termos das atividades que eles realizam na comunidade portanto temos  
533 a equitação terapêutica que é com cavalos que é no centro hípico, temos a parte da  
534 natação que é na piscina terapia em meio aquático. Temos um grupo de teatro que é  
535 feito maioritariamente pelos nossos clientes que têm doença mental porque em termos  
536 de capacidade para executar esse tipo de tarefa tem mais competências para tal. Aí eles  
537 fazem espetáculos na comunidade. Tentamos sempre fazer encontros  
538 intrainstitucionais...ahm também de uma forma de haver socialização, promover a  
539 interajuda entre as instituições, o conhecerem-se mutuamente, porque nós nem sempre  
540 fomos uma instituição muito aberta a comunidade, isto foi sendo um trabalho  
541 progressivo um processo progressismo mas cada vez mais, por exemplo temos uma  
542 parceria com a Câmara Municipal de Leiria e então temos um projeto que é o projeto  
543 rios onde fazemos um estudo de um troço da ribeira do Sirol. Portanto há uma saída de  
544 campo, eles analisam água em conjunto com o Centro de Interpretação Ambiental,  
545 portanto eles próprios participam ativamente mesmo em termos ecológicos e na  
546 preservação do ambiente, portanto têm um papel ativo na comunidade. Trabalhos  
547 ocupacionais que nós temos apesar de poucos, porque é muito complicado...ahm  
548 termos pessoas na comunidade que aceitem esses casos na comunidade para  
549 trabalharem, até porque eles têm um tempo de tarefa muito mais reduzido, necessitam  
550 de orientação constante de que lhes digam sempre como é que é a tarefa muitas das  
551 vezes têm de repetir várias vezes como é que se faz e isso dá trabalho, pronto. E depois  
552 é o próprio receio por parte do outro que o cliente tenha uma atitude agressiva porque

553 eles próprios recebem outras pessoas e têm medo que ele seja agressivo com outras  
554 pessoas e que depois disso dê uma má imagem também a casa não é, pronto, ou seja, isto  
555 é um trabalho...ainda há muito para fazer a comunidade ainda não esta muito receptiva.

556 **20. No seu entender qual é o contributo do SS para a integração na sociedade do**  
557 **cliente?**

558 **AS1-**O contributo é mais neste sentido planear atividades no exterior, conseguir mais  
559 entidades que recebam estes clientes em trabalho ocupacional, o ir ao encontro de  
560 instituições.

561 **21. Qual o trabalho realizado com a família do cliente?**

562 **AS1-**Portanto há uma divisão, cada Centro de Atividades tem os seus clientes  
563 estipulados e então é dado apoio. O apoio é dado quando há necessidade para tal, ou  
564 seja, nós não estamos ali sempre a ligar a família a perguntar, volta e meia ligamos para  
565 ver se está tudo bem, mas normalmente quando há uma situação de conflito que nós  
566 verificamos que realmente é necessário intervenção nós contactamos, pronto também  
567 não queremos estar a ser demasiado intrusivos. Primeiro tentamos também que a própria  
568 família consiga resolver autonomamente as coisas, porque se nós vamos estar sempre a  
569 ligar cada vez que há um problema, eles vão estar sempre a espera que nós façamos por  
570 eles e o que nós podemos fazer é tentar dar ferramentas para tentar ultrapassar a  
571 situação capacitá-los para...portanto não é pescar mas é ensinar-lhes a pescar.

572 **21.1. Com que frequência costuma ter contacto com a família do cliente?**

573 **AS1-**Pronto como lhe disse sempre que é necessário.

574 **21.2. Considera que essa frequência de contactos é suficiente e tem resultados?**

575 **AS1-**Sim, Sim.

576 **21.3. O que pensa que seja mais valorizado pelas famílias na prática do AS?**

577 **AS1-**É assim o AS é visto pelas famílias como aquele que...ou seja, quando há uma  
578 contacto com a instituição encaminham sempre para nós. Nós somos aqueles que temos  
579 de gerir as situações. Às vezes o que é que acontece? Há determinadas situações em  
580 termos comportamentais do cliente que temos de encaminhar para a parte da Psicologia,  
581 pronto. O que é que nós fazemos realmente nós fazemos a mediação com a própria  
582 instituição e com os colegas da equipa. Portanto nós explicamos à família olhe, eu vou  
583 encaminhar a situação para Psicóloga, e a Psicóloga vai intervir com ele em contexto de  
584 psicoterapeuta e depois nós ou a Psicóloga contacta a família ou então pede-nos a nós  
585 para dizermos a família.

586 **21.4. Qual a relação que os clientes têm com a família?**

587 **AS1-**É assim há clientes que têm uma relação muito boa, a outros que...pronto. Pronto  
588 há muitos casos que é difícil quer dizer conforma-se um bocadinho em terem um filho

589 com deficiência, mas nós notamos que no fundo há sempre ali uma não-aceitação, uma  
590 rejeição mais casos de doença mental, porque é uma situação...a doença mental surge já  
591 numa fase adulta, ou seja, digamos assim eles foram normais até uma certa altura e  
592 depois aí há muita mais revolta e mesmo da parte deles próprios. Há situações que por  
593 exemplo eles chegam a casa e fecham-se no quarto, não querem o contacto com a  
594 família...ahm são muito obsessivos quando são casos obsessivos compulsivos, temos  
595 aqui um caso ou outro são muito obsessivos com as coisinhas deles, se tocam no espaço  
596 deles se mexem com a organização própria deles mesmo mental aquilo...pronto e  
597 muitas vezes pedem ajuda porque realmente não conseguem. E temos casos que não são  
598 pais, são pais de acolhimento ou adotivos.

599 **A**-Da minha parte finalizei.

600 **AS1**-Ok.

601 **A**-Não sei tem mais alguma coisa acrescentar?

602 **AS1**-Não

**Anexo3-** Transcrição da entrevista realizada à AS2, na Instituição B

**Transcrição da entrevista realizada à Assistente Social 2, na Instituição B, no dia 17 de Março de 2015**

A-Esta entrevista realiza-se no âmbito do Mestrado em Educação Especial-Domínio Cognitivo Motor. A dissertação intitula-se de conhecer a prática do AS no âmbito da Incapacidade Intelectual. Esta entrevista vai ser confidencial. Posso gravar?

AS2-Sim.

A-Através de uma entrevista piloto realizado anteriormente, a duração prevista desta entrevista será aproximadamente de 1h hora.

**1. Qual a sua formação académica?**

AS2-Licenciatura em Serviço Social.

**2. Será que me pode descrever em linhas gerais o seu percurso profissional?**

AS2-Sempre trabalhei aqui na instituição, realizei estágio profissional...ahm e onde permaneci.

A-Está aqui então há quantos anos?

AS2-Há cerca de quinze/dezasseis anos.

A- Ok.

**3. Será que me pode descrever esta instituição?**

AS2-A instituição B é o Lar Residencial que apoia pessoas portadoras de deficiência hmm admitindo dos dois aos quarenta e cinco anos de idade, têm que ser simultaneamente portadores de deficiência mental e motora.

A-Ok.

**3.1. Existe uma equipa técnica?**

AS2-Existe uma equipa técnica...ahm..ahma na instituição B, existem vários serviços, existe o Serviço Social, o Serviço de Reabilitação, o Serviço Clínico e o Serviço de Animação/ Ocupação. Em termos técnicos contamos com a colaboração de três Técnicas de Serviço Social, uma das Técnicas de Serviço Social...ahm...ahm tem as funções coordenação técnica, as outras duas Técnicas de Serviço Social têm responsabilidades...ahm...ahm atribuídas a cada uma delas...ahm...ahm metade da população está a responsabilidade de uma Técnica de Serviço Social, outra metade está a responsabilidade de outra Técnica de Serviço Social ahm ahm....

**3.2. E em relação aos recursos humanos?**

33 AS2-Os recursos humanos estão a responsabilidade de uma colega de...ahm a gestão  
34 dos recursos humanos?

35 A-Ou a constituição? É mais a constituição dos recursos humanos?

36 AS2-Ahm contamos com uma equipa técnica, o Serviço de Reabilitação tem dois, três  
37 Terapeutas Ocupacionais a Fisioterapia tem duas Fisioterapeutas e uma Auxiliares de  
38 Fisioterapia uma Terapeuta da Fala uma Técnica de Educação Especial e Reabilitação  
39 uma Fisiatra dois Médicos de Clínica Geral um Médico Dentista um Higienista  
40 oral...ahmm na Animação/Ocupação contamos com...ahm com a colaboração de uma  
41 Educadora Social e uma Animadora Sociocultural ...ahm contamos também com a  
42 colaboração de quatro Enfermeiros...ahm e pronto de um modo geral penso que seja,  
43 em termos de recursos humanos.

### 44 3.3. Ainda em relação a equipa técnica como se organiza?

45 AS2-A equipa técnica está organizada por serviços...ahm cada serviço tem o seu  
46 responsável não é? Pronto...ahm e as situações são discutidas em equipa... ahm em  
47 reunião alargada com a periodicidade mensal onde estão representados todos os técnicos  
48 da instituição para além dos técnicos estão representados os Serviços Administrativos e  
49 o Serviço de Econmato e aí são discutidas todas as situações que quando tem de ser  
50 ouvidos todos os técnicos. Para além desta reunião alargada temos uma reunião clínica  
51 onde estão presentes, com uma periodicidade mensal, onde estão presentes todos os  
52 colegas da área clinica, aqui estão os Enfermeiros um Médico o Serviço Social está  
53 sempre presente, não é, na qualidade de responsável pelos residentes...ahma...ahm e os  
54 Serviços de Reabilitação está sempre presente nas reuniões...ahm clínicas. Para além  
55 destas reuniões mais alargadas temos as reuniões semanais, onde são discutidos os  
56 assuntos que vão surgindo e que precisam e carecem de resposta mais urgente mais mais  
57 imediata. Aí estão representadas as Empregadas de Setor, as Técnicas de Serviço Social  
58 ...ahm a Psicóloga a Nutricionista o responsável do Serviço de Reabilitação e o  
59 responsável do Serviço Animação/Ocupação.

### 60 3.4. Em relação à tomada de decisão?

61 AS2-Em relação à tomada de decisão as tomadas de ahmm de decisão ahm ahm são  
62 feitas ahm ahm em equipa sendo que a última palavra é sempre da coordenadora técnica  
63 e do e do administrador do centro.

### 64 3.5. Os projetos em vigor da instituição? Pode-me descrever?

65 AS2-Existem diferentes projetos ahm ahm temos um projeto de uma piscina para fazer  
66 hidroterapia que é muito importante para este tipo de de ahm de população ahm temos  
67 um espaço aqui mesmo junto ao centro aqui ao centro onde esta projetado fazer um  
68 pequeno jardim um pequeno ahm um pequeno espaço de estar ao ar livre ahma ham  
69 com com plantas aromáticas todo esse tipo de ahm ahm sensações que são muito  
70 importantes para este tipo de população ahm ahm e pequenos projetos que vamos  
71 fazendo e que vamos ahm ahm realizando.

72 A-Diariamente não é.

73 AS2-Sim, sim.

74 A-Ok.

75 AS2-E que vamos realizando.

76 **4. Quais são as políticas sociais que regem o seu trabalho aqui na instituição? O**  
 77 **que pensa sobre essas políticas sociais para a área da deficiência?**

78 AS2-É assim ahm...ahm...isso é complexo numa instituição, não é? Porque nós nem  
 79 sempre ...ahm concordamos com ahm...

80 A-Com as políticas.

81 AS2-Com as políticas.

82 AS2-Pronto ahm...ahm...temos de respeitá-las não é? E temos de enquadrá-las na  
 83 instituição, não é ...pronto e...políticas sociais existe toda a questão dos direitos a que  
 84 os clientes têm, nós aqui tentamos salvaguardar...ahm....Os direitos deles sejam  
 85 económicos sejam a níveis da educação...ahm...ahm...é esse um pouco o nosso papel.  
 86 Não é? ahm... é esse um pouco.... o nosso papel é ... ahm é assegurar todos os direitos  
 87 e que todas as políticas sociais sejam sejam...

88 A-Sejam, sejam Garantidas.

89 AS2-Garantidas.

90 A-À população.

91 AS2-Exatamente seja em termos de benefícios sociais sejam em termos de  
 92 enquadramento social seja em termos de integração educacional...ahm.... ahm não é?  
 93 ahm temos que afunilar o nosso trabalho para que sejam satisfeitas todas estas  
 94 garantias, estas garantias, não é.

95 **5. Como descreve o seu público-alvo?**

96 **5.1. Número de clientes?**

97 AS2-Cento e noventa e dois, atualmente nem são cento e noventa e dois atualmente são  
 98 cento e noventa e quatro mas a nossa população máxima é cento e noventa e  
 99 dois...ahm...ahmm...foi na contingência de ter de responder a situações  
 100 urgentes...ahm...ahm de tal forma que foram consideradas pela administração e que  
 101 viemos a admitir mas estão supranumerário.

102 A-Ok.

103 **5.2. Há quanto tempo os clientes estão na instituição? (Perceber porque é que o**  
 104 **cliente está na instituição.**



105 **AS2**-Permanecem desde a admissão, até o seu falecimento ou até que a família entenda  
106 que o quer levar, o que não acontece não é? O que não acontece.

107 **A**-Qual é o cliente que está aqui há mais tempo?

108 **AS2**-Não lhe sei precisar mas temos aí clientes, nós fizemos vinte e cinco anos de  
109 existência e temos clientes aí a vinte e cinco anos de existência sim. Foram os primeiros  
110 a ser admitidos e ainda estão aí.

### 111 **5.3. Quais são as idades do público-alvo?**

112 **AS2**-Ahm...ahm olhe o mais pequenino agora tem cinco anos e o mais idoso deve ter  
113 sessenta e oito aproximadamente, aproximadamente sessenta e oito, sessenta e nove.

### 114 **5.4. Quais são as principais características dos clientes?**

115 **AS2**-São portadores de deficiência mental e simultaneamente deficiência motora.

### 116 **6. Quais são as atividades realizadas dentro da instituição com o cliente? Quais são** 117 **aqueles onde o AS esta incluído diretamente?**

118 **AS2**-O..... AS está envolvido nelas todas.

119 **A**- Pronto na elaboração?

120 **AS2**-Exatamente porque um cliente é admitido e quando é admitido é delineado, temos  
121 um espaço de três meses para delinear o plano de intervenção do residente. Neste plano  
122 de intervenção do residente o que é que é feito? É feita uma avaliação completa do  
123 residente por todos os técnicos da instituição em todas as áreas é feita uma avaliação  
124 completa e dessa avaliação completa juntamente com as expectativas da família...ahm  
125 é delineado um plano de intervenção e nesse plano de intervenção são definidas as  
126 atividades em que o cliente vai participar...ahm seja na animação/ocupação nas  
127 atividades ocupacionais seja ao nível da reabilitação e até mesmo nos cuidados de  
128 saúde...ahm ou até educacionais e no âmbito dos direitos.

129 **A**- Será que me pode descrever uma ou duas atividades que vocês fazem?

130 **AS2**-Posso existe a ludoteca...ahm onde são realizados jogos, pinturas...ahm todo esse  
131 tipo de atividades, elaboração de trabalhos consoante as datas festivas o dia dos  
132 namorados o dia da mulher...ahm os santos populares... ahmm onde são realizados  
133 trabalhos em torno dessas ...ahm dessas datas temos a sala de atividades  
134 ocupacionais...ahm onde é feito basicamente, basicamente enfiamentos... ahm uns  
135 pequenos que resultam em sacos de tirela que já lhe vou mostrar para ter ideia do que  
136 é...ahmm mais... ahm temos por exemplo uma outra atividade que é o agridoce que é  
137 da responsabilidade da Terapeuta Ocupacional e da Nutricionista é realizada  
138 semanalmente...ahm está um grupo definido para essa atividade onde são realizadas  
139 atividades em prol da alimentação, são confeccionadas receitas são discutidas

140 questões...ahma...ahm referidas a alimentação o que é saudável e o que não é saudável,  
 141 não è? Ahm um pouco isso.

142 A-Pronto e como me disse essas atividades são adequadas a cada cliente tendo em conta  
 143 avaliação inicial.

144 AS2-Exatamente.

145 **6.1. Saber se as atividades são realizadas com todos os clientes da instituição ou**  
 146 **dependem da idade/caraterísticas dos clientes? Saber se existe programas ou**  
 147 **atividades mais específicas para os clientes com uma deficiência mais profunda?**

148 AS2-Exatamente.

149 A-Dependendo se calhar do grau da deficiência.

150 AS2- Sim.

151 A-Para além de ser profunda, vocês tentam adequar certo?

152 AS2-É, é.

153 **7.Quem concebe e elaboras as atividades?**

154 AS2-Ahmm é o técnico responsável pela aquela área, pontanto...ahmm no Setor de  
 155 Animação/Ocupação a Educadora Social e a Animadora Sociocultural têm  
 156 responsabilidade de organizar a sua atividade e de planear a sua atividade, não é? Isso é  
 157 planeado no plano de atividades...ahm está tudo definido, é definido por elas com  
 158 certeza que eu posso dar a minha opinião...ahm ou qualquer colega poderá dar a  
 159 opinião de... de uma nova atividade não é, mas cada área tem responsabilidade, dentro  
 160 da sua área da sua atividade.

161 A-Ou seja, a área do Serviço Social também vai acabar por elaborar essas atividades?

162 AS2-não...ahm na elaboração dessas atividades está a Educadora Social e a Animadora  
 163 Sociocultural.

164 A- Só.

165 AS2-Só. Nós podemos é dar uma achega, colaborar com as colegas.

166 **8. Quais são as principais funções do AS?**

167 AS2-Ai são tantas.

168 **8.1 Quais são as principais funções do AS? O AS possui só a função de AS ou tem**  
 169 **outra-diretor técnico/ encarregado de educação ou tutor como são geridas as**  
 170 **pensões dos clientes que tem o AS como encarregado ou tutor?**

171 **AS2**-Eu estou com a coordenação com o departamento de residentes...ahm o  
172 departamento de residentes é constituído pelos cento e noventa e dois residentes por  
173 todas as Ajudantes de Lar que prestam os cuidados pessoais pela Psicóloga e por quatro  
174 Encarregadas de Setor. As quatro Encarregadas de Setor...ahm...ahm são a categoria  
175 intermédia entre o Serviço Social e as Ajudantes de Lar. As Encarregadas de Setor têm  
176 a função de supervisionar, coordenar as Ajudantes de Lar, não é? Segundo as  
177 orientações que são dadas pela coordenadora técnica e....Que nós vamos dando também  
178 a nível técnico. Não é? As principais funções do AS...ahmm de uma forma muito geral  
179 eu penso que...ahm...ahm aqui no centro seja...ahm otimizar... ahm recursos a todos  
180 os níveis...ahm para que seja respondidas todas as necessidades dos residentes e quando  
181 fala em necessidades, não falo só em necessidades físicas não é? Ao nível dos cuidados  
182 mas...ahm ao nível educacional ao nível dos direitos ao nível da reabilitação...ahmm  
183 portanto é uma das nossas funções promover....o bem estar ...ahm do cliente, a que nós  
184 denominados residentes.

185 **9. Quais são os instrumentos e técnicas que o AS utiliza para alcançar os objetivos**  
186 **desejados (legislação, outro tipo de documentos, entrevistas, visitas domiciliárias)?**

187 **AS2**-Como assim?

188 **A**-Instrumentos, legislação, outros manuais, pode-me falar um pouco?

189 **AS2**-É assim nós temos regulamento interno, não é? Mas temos que cumprir com a  
190 legislação e com a regulamentação que existe para a área da deficiência e que existe na  
191 área da Segurança Social, isso tudo muito toca com as políticas sociais, não é? Nós  
192 temos de cumprir com os direitos dos residentes, não é? Ahm...em termos de  
193 instrumentos que nós utilizamos temos de estar atentos as legislações, não é? Porque  
194 nas legislações muitas vezes são ahm....Existem os direitos...ahm e nós temos se  
195 salvaguardar sempre essa situação.

196 **A**-E em relação a técnicas? Quando eu falo de técnicas são entrevistas, visitas  
197 domiciliárias?

198 **AS2**-Ahm...fazemos isso tudo.

199 **A**- Pode-me descrever?

200 **AS2**-Posso...ahmm as visitas domiciliárias que fazemos é a data de admissão, na  
201 instituição B...ahm, nós visitamos todos os residentes que admitimos, nós fazemos uma  
202 análise uma criteriosa análise documental à data de admissão temos documentos  
203 definidos para os pedidos de internamento fazemos um criteriosa análise documental e  
204 posto a análise documental definimos se está ou não está nos critérios de admissão. Está  
205 nos critérios de admissão temos que comprovar, e vamos fazer uma visita  
206 domiciliária...nessa visita domiciliária...ahm vamos confirmar digamos a informação  
207 que esta documentada e apresentada ao centro para pedido de internamento...ahm  
208 temos de estar muito atentos não é? Porque vamos fazer a prova dos nove digamos  
209 assim e é uma responsabilidade muito grande porque a partir da admissão do cliente,

210 nós ficamos com o cliente a nossa responsabilidade. Nós temos que saber se estamos  
211 aptos e que temos capacidade para responder as necessidades daquele residente. Vou-  
212 lhe dar um exemplo...ahm um dos critérios de exclusão...ahm no nosso centro é efetuar  
213 marcha e porquê? O nosso edifício tem escadas os nossos clientes tem todos portadores  
214 de deficiência física e um cliente que efetue marcha pode colocar em causa a segurança  
215 dos outros residentes para além da sua segurança propriamente dita não é. Nós quando  
216 vamos fazer uma visita domiciliária é uma situação que temos de ter muito em  
217 ...atenção não é? Porque nem sempre o que vem nos relatórios, ao saberem que nós só  
218 recebemos portadores de deficiência motora corresponde a realidade, pronto, e nós  
219 temos de estar atentos a essa situação. Ahmm fazemos também entrevistas regulares  
220 tanto para futuros pedidos de internamento... ahm futuros candidatos ahm seja pedidos  
221 de auxílio da comunidade seja entrevistas com familiares reuniões frequentes com  
222 familiares sempre que se considere necessário ahm e pronto é um pouco isto. Outras  
223 técnicas que fazemos ...ahm fazemos muita articulação com colegas da Segurança  
224 Social das CPCJ.

225 **10. No que se refere ao trabalho do AS, procura articular-se com outras**  
226 **instituições? Quais são essas instituições? Qual é o principal objetivo dessa**  
227 **articulação?**

228 **AS2-**Pronto é fundamental articularmos com as colegas sejam da Segurança Social,  
229 sejam das CPCJ, seja de Equipas Locais de Intervenção Precoces, denominadas agora  
230 ELIS...ahm seja com as colegas dos hospitais dos serviços de saúde, tribunal...ahmm  
231 tem de haver sempre que necessário...ahmm esta articulação...ahm e o mesmo se  
232 coloca relativamente a educação, tem de haver uma articulação muito importante, é  
233 extremamente fundamental esta articulação técnica com todos estes serviços da  
234 comunidade.

235 **11. Enquanto AS, o que o distingue dos outros profissionais com os quais trabalha**  
236 **na intervenção com o referido público-alvo?**

237 **AS2-**O que é que acha que nos distingue a nós? Olhe eu acho que o Técnico de Serviço  
238 Social é muito polivalente...ahmm e e... acho que tem de ser, acho que tem de  
239 ser...ahm não é? Quando existe uma necessidade de um residente, nós temos de reunir  
240 esforços, sejam nossos sejam da comunidade para dar respostas aquela necessidade, não  
241 é? Eu penso que seja um pouco...ahmm essa a nossa função, estarmos em constante  
242 articulação, seja técnica seja familiar. Fazemos muito a ponte....ahm eu penso que é  
243 isso que nos distingue, não é? É a nossa mais-valia. Pronto não podemos descurar a  
244 nossa componente técnica, a nossa formação não é...ahm mas temos de promover  
245 sempre essa articulação.

246 **12. Como o AS gere os conflitos dentro da instituição? (entre os diferentes**  
247 **profissionais da instituição bem como os conflitos gerados entre os clientes)**

248 **AS2-**Mais entre os clientes. Entre técnicos eu penso que....ahm os técnicos deverão  
249 saber dirigir essa relações não é, têm formação e pronto também talvez com a ajuda do

250 seu coordenador técnico mais responsável dentro de cada serviço. Relativamente as  
251 Ajudantes de Lar...ahm existem alguns problemas de relacionamento, com os  
252 residentes também. E o que é que nós temos vindo a fazer...ahm tentamos ajudar, eu  
253 tento ajudar...ahm em conjunto com a Psicóloga....ahmm e o que é que para aqui foi  
254 definido ahm o centro está dividido por residências são um total de dezasseis  
255 residências, cada residência com doze clientes em cada residência trabalha um grupo  
256 mais ou menos fixo de Ajudantes de Lar. É nestas Ajudantes de Lar que por vezes  
257 existe alguma dificuldade...ahm relacional decorrentes da diária do módulo...ahm do  
258 comportamento de cada uma, das tarefas das subcarga então o que é que nós fizemos?  
259 Sentidas essas necessidades e essas dificuldades...ahm fazemos uma reunião de  
260 acompanhamento trimestral no módulo, onde estão presentes todas as Ajudantes de Lar  
261 daquele módulo, estou presente eu, a Psicóloga e está a Encarregada de Setor e ali  
262 devem ser discutidas as maiores dificuldades sentidas e tentamos ajudar no que gerou o  
263 conflito muitas vezes não conseguimos resolver não é? Porque é assim....A questão  
264 pessoal toca se muitas vezes com a questão profissional...ahm e nem sempre a gente  
265 consegue separar essa questão...ahmm uma vez que não consigo, o que eu digo é não  
266 têm de ser amigas, não é? Agora a questão é estão a trabalhar....ahm para um grupo de  
267 residentes eles não podem perceber que alguma coisa não está bem convosco não  
268 é...ahm e têm de desempenhar as suas funções da melhor maneira que sabem, da  
269 melhor maneira que podem...ahm e tento ir por aí... mas é difícil, é difícil nós somos  
270 quase duzentos funcionários e a esmagadora maioria são Ajudantes de Lar que é quem  
271 está com a prestação de cuidados diretos aos residentes e é complexo mas temos  
272 conseguidos bons resultados. Estas reuniões de acompanhamento surgiu de uma  
273 iniciativa delas, elas sugeriram, elas solicitaram gostariam de estar mais tempo  
274 connosco e de verem discutidas algumas questões...ahm e nós atendemos ao pedido  
275 todos os três meses fazemos reuniões nos dezasseis módulos.

276 **A**-Os módulos são as residências certo?

277 **AS2**-Sim são as residências.

278 **A**-E entre clientes surgem?

279 **AS2**-Existem também, porque eles são como nós. Os que não tem entendimento não,  
280 mas aqueles que têm entendimento...ahmm têm o feitio deles têm a natureza deles.

281 **A**-São pessoas muito características.

282 **AS2**-É como em tudo, e nós aí temos de entrar como educadores, não é? Pronto tem de  
283 se respeitarem, eles têm de se respeitarem uns aos outros....ahmm e nós vamos limando  
284 algumas arestas e a Psicóloga também vai ajudando nisso.

285 **13. Como é feito o processo de acolhimento do cliente na instituição?**

286 **AS2**-Eu já falei um pouco disso, então é assim é feito um pedido de internamento...ahm  
287 depois de passadas...ahm....ahm todas as etapas....ahm do pedido de  
288 internamento...ahm é admitido o cliente...ahm na admissão o cliente é acompanhado

289 pelo familiar ou pelo significativo...ahm não existindo familiar ou significativo  
290 geralmente é acompanhado pelo técnico responsável até aquela data o técnico do centro  
291 de acolhimento onde estava ou o enfermeiro do hospital onde ele estava...ahm é sempre  
292 acompanhado por alguém que a data de internamento deverá passar o maior número de  
293 informações relativas ao cliente. Nessa reunião de acompanhamento estão representados  
294 todos os serviços da instituição, estou eu está uma Encarregada de Setor, a Psicóloga, a  
295 Nutricionista, a responsável do Setor Animação/Ocupação, a responsável do Serviço de  
296 Reabilitação, a Enfermeira penso que disse todos, a Psicóloga a Nutricionista já  
297 disse...ahm estão representadas todas as áreas da instituição para acolher o maior  
298 número de informações.

299 **13.1. Existe um processo individual?**

300 AS2-Sim.

301 **13.2. Como é composto o processo individual do cliente? Existem formulários**  
302 **específicos que o AS tem de preencher dentro da instituição (Fichas do cliente)?**  
303 **Qual o nome desses documentos e qual o objetivo desses documentos?**

304 AS2-Nós obtivemos recentemente o Assurance o grau de qualidade...ahm da instituição  
305 agora recentemente temos o excellence, e o excellence requer alguns...ahm...ahm  
306 documentos rigorosos...ahm e que nós temos de ter em todos os processos, existem  
307 documentos que nós temos que cumprir. O acolhimento do residente...ahm existe um  
308 documento do acompanhamento do acolhimento do residente, uma avaliação, o relatório  
309 do acolhimento. Ainda falando no acolhimento, relativamente ao processo social, no  
310 processo social está concentrado todos os documentos do residente. Toda a informação  
311 clínica...ahm à data de admissão e toda a informação social do residente, toda a  
312 informação judicial...ahm toda a documentação de identificação do residente ahm ali  
313 deve estar centralizada toda a documentação do cliente. Toda a informação educacional  
314 por onde ele passou se teve intervenção precoce, se teve jardim, por onde ele passou,  
315 deverá ser informação do processo social. O processo social do cliente...ahm deverá  
316 estar todo o histórico do residente na instituição.

317 **13.3. É realizado com/para o cliente um plano individual e quem realiza esse**  
318 **plano?**

319 AS2-É. É realizado com o residente, todo o residente que tem capacidade para gerir a  
320 sua pessoa e bens e não só todo aquele que tenha entendimento, está presente na reunião  
321 de plano de intervenção do cliente onde são definidos a intervenção com aquele  
322 residente. Para além disso o plano de intervenção do residente é colocado a  
323 consideração do seu significativo ou do seu familiar. Não existindo é colocado a  
324 consideração da direção. Porque temos muitas situações que nos estão entregues  
325 judicialmente...ahm muitas situações...ahm estão nos confiadas judicialmente.

326 **13.4. Se estabelece um contrato quando o cliente entra para a instituição.**

327 **AS2**-Existe um contrato de prestação de serviços que também deve de estar no processo  
328 social. Nós tentamos cumprir com as orientações da Segurança Social. Para além de  
329 estarmos certificados...ahm na qualidade tentamos cumprir com o que está  
330 definido...ahm no processo social seja no acolhimento...ahm em todos os critérios que  
331 nos são sugeridos pela Segurança Social. E o contrato é umas das exigências que existe,  
332 e temos de ter contrato.

333 **A**-Há pouco referiu como é feita a seleção do cliente pode-me especificar mais um  
334 pouco?

335 **AS2**-A seleção...ahm existe uma lista de espera...ahm a lista de espera ahm...nós  
336 temos um processo mesmo denominado...ahma....ahm agora já nem sei o nome...tem  
337 mesmo a ver com a lista de espera e aí são definidos os critérios...ahm de ponderação  
338 para a admissão do cliente. Existem critérios que vão favorecer a pontuação...ahm de  
339 um cliente e de um candidato digamos assim...ahm vou-lhe dar um exemplo...ahm o  
340 facto de residir no concelho de Ourém e no distrito de Santarém é abonatório...ahm não  
341 é, e depois temos vários critérios que temos que...ahm...ahm ter em ponderação  
342 relativas a análise documental e depois temos outros critérios com pontuação que temos  
343 de ter em consideração à data da visita domiciliária. Nomeadamente...ahm se o cliente  
344 se encontra isolado socialmente...ahmm barreiras arquitectónicas que coloque em  
345 questão os direitos dos clientes de estar em sociedade...ahm isso tem de ser tudo muito  
346 bem ponderado...ahm todos têm uma cotação que nos permite depois chegar a uma  
347 pontuação, e perante a pontuação são definidas as prioridades. Agora existe outra  
348 situação e que uma Técnica de Serviço Social têm de estar atenta que é tenho uma  
349 pontuação de dezoito e tenho uma pontuação de vinte, mas eu sei que a pontuação de  
350 dezoito que a mãe está com graves problemas de saúde e que a curto prazo deixará de  
351 poder prestar os cuidados ao cliente, tem de ter isso em consideração, não é? E posso a  
352 qualquer momento, apesar de haver uma pontuação ...ahm maior do outro candidato  
353 posso emitir o meu parecer, e justificar o meu parecer. E para isso existem formulários  
354 que nós temos de preencher, formulários que nós temos de respeitar prazos...ahmm  
355 pronto está tudo bem definido, bem definido... ahm não é? Eu posso sempre dar o meu  
356 parecer, não é? ahm e apesar de uma pontuação ser maior do que a outra a direção pode  
357 depois não entender . A direção terá que ouvir o Técnico de Serviço Social não é e a  
358 última palavra é sempre da administração.

359 **14. Com que frequência costuma ter contacto com o cliente? (o cliente vai por sua**  
360 **iniciativa ao gabinete ou só vai quando é chamado)?**

361 **AS2**-Com que frequência? Depende.

362 **A**-Ou seja, o cliente vai ao gabinete de Serviço Social?

363 **AS2**-O cliente sempre que precise pode vir ao meu encontro...ahm ou pode-me chamar.  
364 Temos situações em que o residente não tem autonomia para vir, não é? Mas chama e  
365 eu vou ao encontro dele.

366 **15. Os clientes da instituição estão inseridos nas suas famílias (ou vêm de outras**  
367 **instituições, lares residenciais)?**

368 **AS2**-Há várias situações...ahm temos residentes que vêm diretamente da família e aí a  
369 fase da integração é mais complexa e mais difícil, não é? É normal, é normal não é?  
370 Ahm porque existe uma mudança muito grande na vida do residente do nível familiar  
371 para o institucional, não é? Depois as regras. Existe... é uma complexa integração.  
372 Depois temos residentes que vêm de hospitais que até a data estiveram em hospitais,  
373 porque até a data não conseguiram resposta....ahm temos residentes que provêm de  
374 Centros de Acolhimento Temporários...ahm por algum motivo lá estão, com um  
375 medida de promoção e proteção ou uma medida tutelar entregue já a outra instituição  
376 digamos assim mas como a instituição não tem capacidade para dar resposta integral as  
377 necessidades daquele cliente, dadas as limitações e dadas suas necessidades e às de  
378 reabilitação são encaminhados para instituições mais específicas. Basicamente é isto  
379 que acontece.

380 **16. Será que me pode descrever o relacionamento entre o AS e o cliente?**

381 **AS2**-Olhe é assim...ahm...ahm...o relacionamento que existe tem de ser sempre muito  
382 cordial e com um respeito muito grande tanto do residente para connosco, como nós  
383 para o residente. Nós tentamos estar sempre atentas à opinião do residente, não é?  
384 Pronto podemos sempre não concordar com ele e aí temos de tentar demover o residente  
385 ahm para que consigamos entrar num acordo, não é? Pronto ahm a relação é uma  
386 relação muito protetora, é uma muito...ahm relação a semelhança do que temos com os  
387 nossos filhos, não é? Ahm em que tentamos que lhes sejam dadas todas as  
388 oportunidades e que lhes sejam facultados todos os direitos, não sei se estou a ser clara?

389 **A**-Sim sim.

390 **AS2**- Ahm não é? Mas é uma relação boa é.

391 **17. Quais são as suas maiores barreiras na intervenção com este público-alvo?**

392 **AS2**-Ahm as maiores barreiras são muitas vezes nós não entendermos, não  
393 conseguirmos entender o que eles nos querem dizer, eu não estou a falar por  
394 dificuldades de linguagem ou em termos de comunicação porque, os que conseguem  
395 comunicar...ahm têm meios alternativos de comunicação....ahm têm o SPC....ahm e  
396 pronto nós conseguimos entendê-los, refiro-me aos clientes mais profundos mais  
397 limitados e que nós temos alguma dificuldade....ahm em saber se estamos a ir ao  
398 encontro da expectativa dele, percebe? Nós pensamos que seja o melhor para ele e  
399 fazemos para que seja o melhor mas nem sempre temos um feedback do residente. O  
400 feedback do residente, nós não conseguimos o feedback do residente mas tentamos por  
401 outros meios por outras aplicações, questionários....ahm....ahm o entendermos se ele  
402 está bem ou não....ahm inexistência de escaras, inexistência de problemas de  
403 saúde...ahm é feito...ahm um inquérito, um questionário relativamente a isso para  
404 irmos ao encontro precisamente dessa questão. Aparência, se está bem cuidado se não



405 está bem cuidado...ahmm para irmos ao encontro do que eles não nos conseguem  
406 responder verbalmente. Temos um grupo de residentes que aplicamos um questionário,  
407 estás satisfeito com a instituição? Gostas, achas que a tua opinião é atendida? Ahm o  
408 que é que achas? Achas que a instituição está limpa? Existe um questionário que  
409 aplicamos a um grupo de residentes que nos conseguem responder quanto mais não seja  
410 assim ou abanando a cabeça e nós conseguimos. Existe um outro grupo de clientes que  
411 dada a deficiência mental deles que não nos conseguem responder então temos que  
412 optar por outros meios. E foi construído um outro questionário que é aplicado por  
413 diferentes técnicos, não é? Que têm de responder a determinadas questões que nos vão  
414 responder se eles estão satisfeitos ou não.

415 **18. Quais os aspetos mais positivos ou facilitadores na intervenção com este**  
416 **público-alvo?**

417 **AS2-** Olhe estamos sempre a aprender com eles. Ahm mais do que nós lhes ensinamos a  
418 eles, eles ensinam-nos muito. Eles são seres humanos excecionais....ahm e ensinam-nos  
419 a relativizar alguns problemas nossos que nós consideramos... na nossa vida e até no  
420 nosso trabalho consideramos que são problemas tão grandes e aprendemos a relativizar.  
421 Que não são nada, não é? Eles estão nos sempre a surpreender ...sem dúvida sem  
422 dúvida.

423 **19. Como é realizada a integração do cliente na sociedade?**

424 **AS2-**Amh é difícil porque é assim todos os nossos clientes são grandes a maioria parte  
425 são grandes, grandes dependentes. Temos uma escola interna e temos escolas na  
426 comunidade e sempre que possível e sempre que o cliente tem capacidades...ahm  
427 tentamos integrá-los nas escolas normais da comunidade tanto nas escolas da  
428 comunidade como no Centro de Recuperação Infantil de Fátima e temos por exemplo  
429 uma menina numa integração socioprofissional, trabalha, está integrada numa  
430 experiência socioprofissional, num jardim-de-infância onde colabora com uma  
431 educadora e com um auxiliar não é? E ali dá a sua colaboração...ahm tentamos sempre  
432 que existem atividades na comunidade....ahm levar os nossos residentes...ahm também  
433 fazemos convites para que, jardins, escolas a comunidade venham até nós para conhecer  
434 a nossa realidade...ahm pronto e depois participamos em diferentes serviços da  
435 comunidade. Estamos presentes na rede social, estamos presentes na comissão social de  
436 freguesias, estamos presente na intervenção precoce do concelho...ahm tentamos estar  
437 presentes. Recebemos recentemente....até foi criado o grupo da diferença, para  
438 promovermos atividades, as principais instituições da deficiência...ahm juntaram-se e  
439 criam atividades precisamente para estarmos presentes na comunidade.

440 **20. No seu entender qual é o contributo do SS para a integração na sociedade do**  
441 **cliente?**

442 **AS2-**É fundamental porque somos nós o elo de ligação, não é? Somos nós que temos de  
443 promover essa integração e com a colaboração de todos...ahm somos nós os  
444 responsáveis.

445 **21. Qual o trabalho realizado com a família do cliente?**

446 **AS2**-É assim o apoio que nós damos a família é a integração do residente cá, do cliente  
447 cá, não é? Tentamos é informar a família e promover a ligação da família o quanto  
448 possível à instituição. Para que a família esteja sempre presente na instituição, quando  
449 há família.

450 **21.1. Com que frequência costuma ter contacto com a família do cliente?**

451 **AS2**-Sempre que se releve necessário, de ambas as partes. Eles sabem com quem devem  
452 contactar e eu sei com quem hei de contactar se necessário.

453 **21.2. Considera que essa frequência de contactos é suficiente e tem resultados?**

454 **AS2**- Ahm a frequência..... Nem sempre é a desejada. Dadas as dificuldade económicas  
455 das famílias em que estão... ahm dada a distância geográfica porque nós recebemos do  
456 norte, sul do país. Eu não posso querer que uma família do Porto ou de Braga esteja cá  
457 todas as semanas, não é? Ahm...ahm existem algumas limitações mas mesmo assim  
458 dadas as limitações, temos famílias muito presentes, também temos famílias que se  
459 demitem das suas funções e das suas responsabilidades, nós temos famílias muito  
460 presentes.

461 **21.3: O que pensa que seja mais valorizado pelas famílias na prática do AS?**

462 **AS2**-Olhe penso que seja o trabalho no geral, o facto de nós estarmos constantemente a  
463 trabalhar na promoção do bem-estar e na qualidade de vida do residente. Ao fim ao cabo  
464 a família sabe que nos deve contactar a nós para fazer qualquer pedido....ahmm ou  
465 porque acha que a medicação por vezes ou porque acha que a medicação que ele está  
466 muito agitado ou porque acha que ele não estava bem agasalhado, ou porque acha que  
467 ele deve sair mais e ter mais atividades não é? Nós somos muito a ponte e o elo de  
468 ligação, e temos que tentar sempre ir ao encontro das expectativas é....Muito  
469 importantes ir ao encontro das expectativas. Nem sempre é o prioritário, não é? Mas  
470 temos que tentar dar resposta à família.

471 **21.4. Qual a relação que os clientes têm com a família?**

472 **AS2**-Existe uma boa relação, eu considero que existe, quando existe família.

473 **A**-Não sei se tem mais alguma coisa a acrescentar?

474 **AS2**-Eu penso que não, tem mais alguma pergunta a fazer?

475 **A**-Não neste momento não,

476 **A**-Agradeço imenso pela disponibilidade.

477 **AS2**-Nada, Anabela.

478 **A**-Peço desculpa pelo lapso inicial.

- 479    **AS2**-Não faz mal.
- 480    **A**-Não sei se a Dr.<sup>a</sup> Graciela vai ter interesse em ler a transcrição da entrevista.
- 481    **AS2**-Gostaria.
- 482    **A**-Pronto então assim irei proceder

**Anexo 4-**Transcrição da entrevista realizada à AS3, na Instituição

**Transcrição da entrevista realizada à Assistente Social 3  
na Instituição B, no dia 17 de Março de 2015**

A-Esta entrevista realiza-se no âmbito do Mestrado em Educação Especial-Domínio Cognitivo Motor. A dissertação intitula-se de conhecer a prática do AS no âmbito da Incapacidade Intelectual. Esta entrevista vai ser confidencial. Posso gravar?

AS3-Sim.

A-Através de uma entrevista piloto realizado anteriormente, a duração prevista desta entrevista será aproximadamente de 1h hora.

**1. Qual a sua formação académica?**

AS3-Técnica de Serviço Social.

**2. Será que me pode descrever em linhas gerais o seu percurso profissional?**

AS3-Olhe neste momento...estou acabar estágio profissional, na área vai terminar agora em março. E pronto em termos profissional é só, o que tenho ao nível do Serviço Social. No entanto também fiz estágio ao nível da Câmara ao nível dos Cuidados Continuados, no percurso académico, durante um ano e é só, em termos de Serviço Social.

A-Está aqui então há quantos anos?

AS3-Há um ano, vai fazer agora em março.

**3. Será que me pode descrever esta instituição?**

**3.1. Existe uma equipa técnica?**

AS3-Sim. A equipa técnica que é constituída então por duas Técnicas de Serviço Social, nós somos três Técnicas de Serviço Social na Instituição B. Que é a diretora técnica, depois eu e a Assistente Social 2. Depois temos a coordenadora do Serviço de Reabilitação, temos a Terapia Ocupacional temos a Terapeuta da Fala. Dentro do Serviço de Reabilitação temos um conjunto de técnicos, nomeadamente Terapeuta Ocupacional, Terapeuta da Fala, todo um conjunto de Fisioterapeutas que fazem parte da equipa técnica. Temos a Educadora Social temos... a nossa Psicóloga também. Temos a Enfermagem claro os Médicos não é? E temos depois as nossas senhoras que são as Ajudantes de Lar e as Encarregadas do Setor. Acho que não me esqueci de ninguém.

A-A equipa técnica é composta por estes profissionais?

AS3-Sim. Por todos os profissionais, Técnicos de Serviço Social, Fisioterapia....depois...os Terapeutas, as Enfermeiras e Educadora Social e a Psicóloga

**3.2. Ainda em relação a equipa técnica como se organiza?**

34 **AS3**-Existem reuniões todas as semanas, todas as segundas feiras pelas 9h da manhã é  
35 feita uma reunião, em conjunto com toda a equipa técnica. E uma reunião alargada que  
36 é uma vez por mês, onde aí constam todos os serviços da Instituição B.

37 **A**-Quais são os principais assuntos abordados nessa reunião?

38 **AS3**-Nomeadamente todos os assuntos... desde consultas, desde a articulação entre as  
39 diferentes instituições família e com residentes e com tudo o que possa vir a acontecer  
40 durante a nossa ausência durante o fim de semana, todos os assuntos que devam ser  
41 levados em reunião que possam ser discutidos por todos... dando o parecer de cada  
42 técnico.

### 43 **3.3. Em relação à tomada de decisão, é tomada por quem?**

44 **AS3**-A tomada de decisão é realizada pela nossa diretora técnica, que é quem depois dá  
45 o seu parecer.

### 46 **3.4. Os projetos em vigor da instituição? Pode-me descrever?**

47 **AS3**- Os projetos que nós temos? Sim os projetos que nós temos...nomeadamente que  
48 projeto é que está... a direccionar?

49 **A**-Mesmo os projetos em si na instituição.

50 **AS3**-Do PIR, pronto todos os nossos residentes, temos o PIR que é o Plano de  
51 Intervenção do Residente, que é elaborado pela equipa técnica... após trinta dias do  
52 cliente estar internado na Instituição B... é feita uma reunião com a família e depois tem  
53 de ser, em noventa dias estar... assinado por todos os técnicos e a família onde são  
54 definidos todos os objetivos, necessidades, expectativas quer da família quer por cada  
55 parte do técnico que avaliou, pronto.

### 56 **4. Quais são as políticas sociais que regem o seu trabalho aqui na instituição? O** 57 **que pensa sobre essas políticas sociais para a área da deficiência?**

58 **AS3**-Quais as políticas que...nomeadamente o que é que eu posso...acima de tudo zelar  
59 pela satisfação do bem-estar dos residentes assim como, assegurar os seus direitos, não  
60 é? Que é o que nos compete... acima de tudo zelar pela satisfação das suas  
61 necessidades, nomeadamente tudo o que... nós fazemos no nosso dia-a-dia é a  
62 supervisão aos diversos módulos... cabe então ao Serviço Social fazer a articulação  
63 entre as diversas instituições, família com o residente, nomeadamente também assegurar  
64 que eles sejam integrados nas estruturas de ensino...assegurar a sua continuidade na  
65 integração escolar.

### 66 **5. Como descreve o seu público-alvo?**

#### 67 **5.1. Número de clientes?**

68 **AS3-** Neste momento o número de clientes que nós temos são cento e noventa e dois,  
69 pronto que é a capacidade que nós temos, apesar de termos neste momento dois a mais.  
70 São cento e noventa e quatro, mas o limite...as vagas são para cento e noventa e dois.

71 **5.2. Há quanto tempo os clientes estão na instituição?**

72 **AS3-**Muitos deles desde que a Instituição B abriu. Outros que vão entrando, não é.

73 **5.3. Quais são as idades do público-alvo?**

74 **AS3-** As idades entre os dois e os quarenta e cinco, apesar de que temos alguns clientes  
75 pouquinhos com sessenta mais ou menos.

76 **5.4. Quais são as principais características dos clientes?**

77 **AS3-**As principais características, então ser deficiente mental e motor profundo, não  
78 efetuarem marcha e terem estas idades compreendidas.

79 **6. Quais são as atividades realizadas dentro da instituição com o cliente? Quais são**  
80 **aquelas onde o AS esta incluído diretamente?**

81 **AS3-** Atividades de um modo geral?

82 **A-** Sim.

83 **AS3-** Tentamos sempre que eles se integrem em todas as atividades, desde o jogos da  
84 boccia... festas que nós fazemos no nosso dia-a-dia, a celebração das  
85 diversas...nomeadamente o carnaval, festas de natal , comemoração do dia do doente,  
86 dia mundial da deficiência, que vamos ao santuário celebrar então com os clientes, que  
87 são selecionados para ir... participação nas escolas em outras atividades, desde as festas  
88 de natal, a celebração do dia do bolinho todas estes conjunto de atividades que nós  
89 também fazemos no interior da instituição

90 **7. Quem concebe e elaboras as atividades?**

91 **AS3-**A pessoa responsável é o Serviço de Animação/Ocupação, que organiza as  
92 atividades.

93 **A-**O Serviço Social de alguma forma esta envolvido?

94 **AS3-**Sim participamos sempre em todas as atividades, damos sempre a nossa  
95 colaboração quer no exterior quer no interior da instituição.

96 **A-**Outra coisa como é que vocês fazem a seleção das atividades, porque devem existir  
97 algumas atividades que alguns clientes realizam e outros não?

98 **AS3-**Sim, normalmente quem faz essa seleção das atividades é então.... a Educadora  
99 Social que muitas das vezes, o que acontece é que quando há duvidas, se aquele cliente  
100 pode frequentar devido a sua situação, é colocado em reunião e a enfermagem dá o seu

101 parecer, ou a reabilitação, cada técnico pode dar o seu parecer, se acha que aquele  
102 cliente pode ou não ir participar, ou se irá ser prejudicial à sua situação clínica.

103 **A-** Pronto tentam então sempre adequar as atividades.

104 **AS3-** Sim, são adequadas aos clientes.

105 **8. Quais são as principais funções do AS?**

106 **AS3-** As principais funções do AS, como tinha referido anteriormente é acima de tudo  
107 assegurar os direitos... dos residentes e satisfazer as suas necessidades... no seu dia-a-  
108 dia, promovendo o seu bem-estar

109 **9. Quais são os instrumentos e técnicas que o AS utiliza para alcançar os objetivos**  
110 **desejados (legislação, outro tipo de documentos, entrevistas, visitas domiciliárias)?**

111 **AS3-** Sim a legislação das leis por exemplo da parte da deficiência, não é? Sempre que  
112 nós temos alguma dúvida podemos consultar os manuais, não é? Ou então colocar em  
113 reunião muitas das vezes e tentar também para depois nós podemos avançar ou não com  
114 aquela situação, não é? Porque temos de ouvir os colegas em equipa, não é? Estes são  
115 alguns dos instrumentos.

116 **A-E** em relação às técnicas? Quando eu falo de técnicas são entrevistas, visitas  
117 domiciliárias?

118 **AS3-** Sim, sempre que nós fazemos... sempre que existe uma vaga, nós vamos fazer  
119 uma visita domiciliária, entrevistas com a família e depois então colocamos à  
120 consideração da equipa, muitas vezes quando há....O nosso parecer colocamos à  
121 direção também, não é? Porque é quem dá o parecer final.

122 **10. No que se refere ao trabalho do AS, procura articular-se com outras**  
123 **instituições? Quais são essas instituições? Qual é o principal objetivo dessa**  
124 **articulação?**

125 **AS3-** Nomeadamente as escolas que são o nosso...temos a escola porque temos lá os  
126 nossos clientes integrados. Temos outras valências como por exemplo o CRIF, que é o  
127 Centro de Recuperação de Clientes em Fátima, o CRIO por exemplo também, que nós  
128 também somos....Fazemos parte da equipa da ELI-Equipa de Intervenção Precoce... o  
129 nosso objetivo sempre é tentar articular... de forma a promover o bem-estar do cliente,  
130 não é?

131 **11. Enquanto AS, o que o distingue dos outros profissionais com os quais trabalha**  
132 **na intervenção com o referido público-alvo?**

133 **AS3-** O que é que me distingue dos meus colegas dentro da instituição?

134 **A-** Sim.



AS3- Enquanto eles por exemplo têm um trabalho ao nível da reabilitação, não é? Eu enquanto Técnica de Serviço Social tenho que supervisionar se realmente os direitos estão a ser assegurados, ou não para os residentes, para satisfação das suas necessidades.

**12. Como o AS gere os conflitos dentro da instituição? (entre os diferentes profissionais da instituição bem como os conflitos gerados entre os clientes)**

AS3-É mais direccionado...entre clientes e entre Ajudantes de Lar por exemplo quando acontece alguma coisa, nós somos chamadas, não é? E tentamos sempre perceber o que se passa para que depois possamos então resolver a situação.

**13. Como é feito o processo de acolhimento do cliente na instituição?**

AS3-Recebemos o contacto da família... onde nos é colocada a situação, onde nós perguntamos desde início quais as características do cliente, desde se efetua marcha, porque existem três critérios fundamentais para a admissão do cliente no (...) que são: ter idades compreendidas entre os dois anos e os quarenta e cinco à data de internamento; ser portador de deficiência mental e motora simultaneamente e não efetuar marcha são estes os três critérios para admissão (...). Após a situação colocada, se virmos pela descrição que se enquadra dentro dos nossos critérios é enviada à respetiva família toda a documentação necessária, no email redigido à família ou pessoalmente, porque também nos podem fazer pessoalmente, por email, por telefone, não é? É então desde daí que nós remetemos então uma ficha de caracterização clínica a ser preenchida pelo médico que conheça a situação em causa... um relatório elaborado por uma Técnica de Serviço Social da área da residência e um relatório médico, onde possa, esteja tudo discriminado ao nível da caracterização sociofamiliar e ao nível clínico. Após estes documentos serem remetidos ao (...), serão analisados pela Técnica de Serviço Social que possivelmente se tem dúvidas ou não, pode já ter feito a visita domiciliária ou pode ir ver se realmente consta, pode acontecer o cliente andar... é por aqui.

**13.1. Existe um processo individual?**

AS3- Exatamente quando ele entra na instituição.

**13.2. Como é composto o processo individual do cliente? Existem formulários específicos que o AS tem de preencher dentro da instituição (Fichas do cliente). Qual o nome desses documentos e qual o objetivo desses documentos?**

AS3- Então o que consta neste processo individual, consta a ficha de caracterização. Dados da família, contactos que nós possamos estabelecer para contactar, os documentos de identificação o Bilhete de Identidade o Cartão de Cidadão, relatórios sociais, quer o relatório que fez parte do processo de pedido de internamento e o nosso relatório que é feito quando o nosso cliente entra para a instituição. Quando ele entra para a instituição o cliente é acolhido pela equipa multidisciplinar que no dia da admissão cada técnico está e elabora a sua parte, identifica as suas necessidades do cliente. Por exemplo, o que é que ele precisa da reabilitação, se aquele cliente vem sem

174 cadeira de rodas, sem botas ortopédicas, todo este conjunto de procedimentos que o  
175 Técnico de Serviço Social está com os colegas e faz a recolha destes documentos, não  
176 é? É depois será entregue um exemplar a cada um que constante neste processo  
177 individual. E deverá estar então depois posteriormente da elaboração do PIR, os noventa  
178 dias, estará então o plano do cliente, onde estão definidos os objetivos para aquele ano  
179 letivo.

180 **A**-No processo individual consta também o plano individual?

181 **AS3**-Sim, consta o original assinado pela família ou representante legal neste caso.  
182 Pode ser o Senhor Diretor ou o Tutor da família.

### 183 **13.3. Existe um contrato quando o cliente entra para a instituição?**

184 **AS3**-Sim existe um contrato, um contrato de termo... termo de responsabilidade, quem  
185 é a pessoa responsável pelo internamento, e o contrato que é elaborado no dia do  
186 internamento.

187 **A**-A chegada do novo cliente é feita pela equipa multidisciplinar?

188 **AS3**- Sim, a Técnica de Serviço Social acompanha a família e reúne com os colegas no  
189 respetivo módulo que está já definido, em reunião semanal para onde irá o cliente.  
190 Dependendo das suas características que nós fazemos a nossa seleção, a Técnica de  
191 Serviço Social é que faz essa seleção... imaginemos é um cliente que se enquadra no  
192 módulo X, não é? Nós temos que dar em equipa e também depende se há vaga ou não  
193 naquele módulo, possivelmente podemos fazer uma troca. Isto é tudo debatido em  
194 reunião.

195 **A**-Como se caracterizam esses módulos?

196 **AS3**- Os nossos módulos são dezasseis com doze meninos ou meninas, cada um com as  
197 suas principais características... por exemplo o que pode existir em cada um deles é  
198 haver clientes que compreendam mais do que outros, os que falam outros que não  
199 falam, podem estar mais centralizados aqueles que falam e aqueles que não falam. Não  
200 existem diferenças, cada um tem as suas principais características. Tentamos sempre  
201 concentrar...temos um módulo que é único que se distingue de todos que é o módulo  
202 trezentos e quatro que é situações mais clínicas, que estejam mais, por exemplo temos  
203 um menino que tem de estar 24 horas sobre 24 horas sobre ventilação, pronto está mais  
204 junto do Serviço de Enfermagem.

### 205 **14. Com que frequência costuma ter contacto com o cliente? (o cliente vai por sua** 206 **iniciativa ao gabinete ou só vai quando é chamado).**

207 **AS3**-Não, normalmente temos que fazer a visita semanal basicamente diária,  
208 imaginemos que há uma situação em que nós somos chamadas ao módulo, outras das  
209 vezes e aqueles que conseguem e precisam vêm ter connosco é assim e através das  
210 nossas visitas do dia-a-dia.

211 **15. Os clientes da instituição estão inseridos nas suas famílias (ou vêm de outras**  
212 **instituições, Lares Residenciais)?**

213 **AS3**-Podem não vir propriamente da família, temos alguns casos que vêm de CAT, não  
214 é? Que são sinalizados pela Segurança Social, pela CPCJ, são muitas situações até  
215 algumas de risco.

216 **16. Será que me pode descrever o relacionamento entre o AS e o cliente?**

217 **AS3**-Eu acho que é um relacionamento... lá está...depende, porque se o cliente falar  
218 nós conseguimos estabelecer um diálogo, não é? Se outro cliente não falar...só através  
219 do toque mesmo.

220 **17. Quais são as suas maiores barreiras na intervenção com este público-alvo?**

221 **AS3**-As minhas maiores barreiras...boa pergunta. Muitas das vezes é isso que eu  
222 sinto...o saber agir em determinadas situações com os clientes, não é? Porque todos eles  
223 são iguais não é? São iguais a nós, não é? E muitas das vezes é essa a dificuldade que eu  
224 sinto.

225 **18. Quais os aspetos mais positivos ou facilitadores na intervenção com este**  
226 **público-alvo?**

227 **AS3**-Eu acho, que acima de tudo é nós sabermos que estamos a dar um contributo  
228 acima de tudo para que eles se possam sentir felizes todo o dia. Que se sintam bem que  
229 asseguremos todas as satisfações no seu dia-a-dia, os seus direitos de forma a promover  
230 o seu bem-estar. Porque passam o dia connosco, no fundo nós, é que somos a família  
231 deles...nós é que somos a família, somos os pais, os padrinhos, os tios... eles vivem cá  
232 todo o dia, temos alguns que vão ao fim de semana, de quinze em quinze dias à família,  
233 outros não, outros estão sempre connosco, desde o dia que entraram cá até hoje.

234 **A**-E aqueles que não vão a casa é porque não têm família, porque a família não está  
235 aberta a essa situação?

236 **AS3**-Existe as duas situações. Há famílias que não...muitas das vezes nós tentámos  
237 fazer contacto e é em vão. Eles estão aqui...pronto estão entregues...são nossos é  
238 mesmo assim, por isso a grande maioria é o Senhor Diretor que é o tutor.

239 **19. Como é realizada a integração do cliente na sociedade?**

240 **AS3**-Nas instituições, nós podemos...nós não temos muitos clientes, temos alguns, não  
241 temos muitos porque também temos a nossa escola de educação especial, que também  
242 fica logo aqui, e também alguns meninos dos seis aos dezoito anos frequentam a escola  
243 de ensino especial e temos alguns nas estruturas de ensino normal, pronto é uma  
244 articulação que se faz com algumas dificuldades no início mas com resultados positivos.

245 **20. No seu entender qual é o contributo do SS para a integração na sociedade do**  
246 **cliente?**

247 **AS3-** Não é uma integração que nós vejamos um resultado, aqui é diferente.

248 **21. Qual o trabalho realizado com a família do cliente? Ou seja existe algum apoio**  
 249 **por parte da instituição à família do cliente, esse apoio é prestado por quem?**

250 **AS3-** Temos algumas situações nomeadamente famílias que não têm possibilidade de  
 251 pagarem a comparticipação familiar, nós tentamos sempre ou reduzir, ou haver ausência  
 252 do pagamento devido à situação. Tentamos sempre apoiar... muitas das vezes já foram  
 253 solicitadas agora com menos regularidade o transporte do cliente na ida a casa, muitas  
 254 das vezes a família tem algumas dificuldades devido ao transporte, não é? O veículo não  
 255 ser adequado para uma cadeira de rodas, nós tentamos quando há essa possibilidade  
 256 tentamos levar o cliente assim como ir buscá-lo. Ou ele precisa ir a uma festa, ou a  
 257 família precisa que ele vá a casa passar uns tempos, nós contribuímos também nesse  
 258 sentido.

259 **A-** Esse apoio é prestado pelo Técnico de Serviço Social?

260 **AS3-** Não este apoio é prestado pelo Centro, existe um motorista. A maioria é sempre o  
 261 Técnico de Serviço Social que encaminha as situações, passa a informação e depois a  
 262 Instituição B faz este apoio.

263 **21.1. Com que frequência costuma ter contacto com a família do cliente?**

264 **AS3-** Aqui posso dizer que depende das famílias... isto porque há famílias mais  
 265 presentes, algumas que falo todas as semanas, uma minoria, e outras que eu tento  
 266 contactar por determinadas situações e eu não consigo.

267 **21.2. Considera que essa frequência de contactos é suficiente e tem resultados?**

268 **AS3-** Não é muito insuficiente, mesmo e eu acho que muitas das vezes é prejudicial.  
 269 Porque nós sentimos... um abandono, não digo, mas um desprezo. Muitas das vezes eu  
 270 tento fazer o contacto, verifico que há impossibilidade tento fazer por meio escrito.  
 271 Quando há uma situação de urgência de um falecimento nós temos de colocar sempre ao  
 272 tribunal. Por exemplo, uma situação que nós precisávamos de uma assinatura do  
 273 representante legal... estando ausente nós temos que solicitar ao tribunal quem consta no  
 274 concelho para poder assinar.

275 **21.3. O que pensa que seja mais valorizado pelas famílias na prática do AS?**

276 **AS3-** Penso que o que seja mais valorizado é assegurar os direitos para a sua satisfação,  
 277 supervisionar.

278 **21.4. Qual a relação que os clientes têm com a família?**

279 **AS3-** A relação depende alguns é muito relativo, alguns menos boa outros sem nada e  
 280 outros que os pais vêm com alguma regularidade, também temos a possibilidade de dar  
 281 este apoio a família de eles poderem ficar cá, nós temos quartos e a família pode vir de  
 282 um dia para o outro... podem ficar aqui para poderem estar com o seu filho. Existem é

283 poucos casos. Existe uma família em que o cliente foi integrado recentemente a cerca de  
284 três meses, e ainda não conseguiu deixar o filhote um fim de semana sem vir cá e têm  
285 vindo todos os fins de semana. O que uns têm, os outros não têm. São situações muito  
286 dispersas umas das outras. Existem casos, agora nem tanto, mas que escondem o filho.

287 **Obrigada pela colaboração**

**Anexo 5-** Análise de conteúdo da entrevista realizada na Instituição A

### Análise de Conteúdo da entrevista realizada na Instituição A, no dia 24 de fevereiro de 2015

| <b>Categoria</b>                     | <b>Subcategoria</b>           | <b>Evidências</b>   | <b>Frequência</b> |
|--------------------------------------|-------------------------------|---|-------------------|
| <b>Trabalho do Assistente Social</b> | <b>Trabalho com a família</b> | <p>“(...) fazemos um diagnóstico do contexto socioeconómico das famílias e de quais as necessidades e competências da família (...)” Linha-40</p> <p>“(...) porque nós avaliamos a família (...)” Linha- 44</p> <p>“(...) identificar as suas necessidades, as suas competências (...)” Linha-285</p> <p>“(...) estudo do meio socioeconómico e familiar dos clientes.” Linha-292</p> <p>“(...) elabora entrevistas de acolhimento, atendimento e acompanhamento das famílias na instituição e no domicílio (...)” Linha-303</p> <p>“Umas das técnicas também é as visitas ao domicílio para muitas vezes tentarmos perceber o contexto (...)” Linha-368</p> <p>“Na pré-inscrição portanto no atendimento a família recolhemos algumas informações (...)” Linha-404</p> <p>“Muitas das vezes as habitações não estão adaptadas aos casos, muitas das vezes a própria família também em termos económicos não tem capacidade para fazer essas obras e daí nós também temos esse papel (...)” Linha-163</p> <p>“(...)nós tentamos sempre que um cliente ou um cliente</p> | 34                |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | <p>entra para o lar nós tentamos assegurar que a família não o abandona(...)" Linha-187</p> <p>"(...)se a família tiver disponibilidade nós tentamos primeiro apelar a família, pronto. Não lhes tirar a capacitação toda, porque eles têm um papel fundamental." Linha-191</p> <p>"(...) nós tentamos fomentar este papel da família que é muito importante na reabilitação deles, no bem estar deles." Linha-195</p> <p>"(...) há sempre um responsável familiar no processo de admissão e até na candidatura é sempre selecionado um responsável que depois vai acompanhar todo o processo e o indivíduo ao longo do percurso na instituição (...)" Linha-200</p> <p>"Umas das principais funções é de colaborar com as famílias (...)" Linha-285</p> <p>"(...) acompanhá-las no processo de reabilitação dos seus filhos/familiares." Linha-286</p> <p>"(...) orientar e sensibiliza as famílias no âmbito da reabilitação e integração dos clientes na sociedade, reforçando a importância do seu papel ativo nesse processo." Linha-292</p> <p>"(...) sensibiliza e orienta a família na execução do seu papel de cuidador, nomeadamente na execução do poder parental." Linha-294</p> |  |
|--|--|--|--|



|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | <p>“(...) reúne e fornece informações com o objetivo de dar respostas às necessidades dos clientes e dos seus familiares, tais como os direitos e deveres da pessoa portadora de deficiência.” Linha-296</p> <p>“(...) ajuda os clientes e seus familiares a resolver adequadamente os seus problemas de adaptação e readaptação social, fomentando uma decisão responsável.” Linha-298</p> <p>“Elaboração de informações às famílias sobre as atividades elaboradas na instituição e outros, servindo de mediadores entre a instituição e os responsáveis familiares.” Linha-300</p> <p>“(...) sensibiliza e orienta as famílias na participação dos planos individuais. “ Linha-302</p> <p>“(...) bem como proporcionar orientação e apoio social (...)” Linha-305</p> <p>“(...) apoia na orientação da distribuição de bens alimentares e outros, as famílias carentes.” Linha 313</p> <p>“É assim (...) barreiras às vezes é mais com a família do que propriamente com eles.” Linha-500</p> <p>“(...) nós tentamos perceber as duas partes ligar para o familiar e perceber o que é que se passou (...)” Linha- 505</p> <p>“E nós também tentamos apelar a família para terem um pouco de compreensão...tentar resolver as coisas de outra maneira (...)” Linha-508</p> |  |
|--|--|--|--|

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | <p>“(…) algumas famílias também devido a idade avançada e algum cansaço já não estão muito receptivas à intervenção, já é muito mais complicado fazer entender as coisas (…)” Linha-510</p> <p>“(…) nós não estamos ali sempre a ligar a família a perguntar, volta e meia ligamos para ver se está tudo bem, mas normalmente quando há uma situação de conflito que nós verificamos que realmente é necessário intervenção nós contactamos, pronto também não queremos estar a ser demasiado intrusivos.” Linha-564</p> <p>“É assim o AS é visto pelas famílias como aquele que (…)</p> <p>ou seja, quando há uma contacto com a instituição encaminham sempre para nós. Nós somos aqueles que temos de gerir as situações.” Linha-577</p> <p>“(…) o papel do AS neste caso é capacitar a família para continuar a prestar o apoio(…)” Linha-189</p> <p>“(…) capacitar dar competências às famílias(…)” Linha-197</p> <p>“(…) procurar promover as potencialidades, de modo capacitá-las de estratégias necessárias para ultrapassar situações de crise.” Linha-290</p> <p>“(…) ajudando-as a encontrar uma estratégia de resolução de problemas (…)” Linha-305</p> <p>“Primeiro tentamos também que a própria família consiga resolver autonomamente as coisas (…)” Linha-567</p> |  |
|--|--|---|--|

|  |                              |  |    |
|--|------------------------------|--|----|
|  |                              | “(…) o que nós podemos fazer é tentar dar ferramentas para tentar ultrapassar a situação capacitá-los para...portanto não é pescar mas é ensinar-lhes a pescar.” Linha-570   |    |
|  | <b>Trabalho como cliente</b> | <p>“(…) pontuarmos se é uma situação de emergência (...) e se realmente a instituição tem capacidade para acolher esses casos.” Linha-41</p> <p>“Depois é feita, então, uma avaliação é pontuada é colocada em lista de espera. Quando há uma vaga é visto, portanto, os que estão prioritários na lista de espera são contactados, depois desses contactos temos de seleccionar um.” Linha-45</p> <p>“(…) porque temos de fazer essa seleção porque se não torna-se impossível. “ Linha-56</p> <p>“Esse plano individual é elaborado a partir das necessidades e competências de cada caso, de cada sujeito e são seleccionadas atividades que façam sentido para esse caso.” Linha-59</p> <p>“Portanto quando eles são admitidos depois também tem de haver essa avaliação se realmente se adequam mais a atividades dentro do CAO um ou CAO dois.” Linha-76</p> <p>“Portanto há uma avaliação daquilo que eles necessitam para o seu bem estar físico e emocional (...) em termos das suas próprias competências e que achamos que eles conseguem fazer (...) e daquilo que eles gostam.” Linha-274</p> <p>“(…) é a parte da entrevista feita as famílias e ao cliente para o diagnóstico das necessidades e competências a</p> | 40 |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | <p>própria observação do dia-a-dia direta ou indireta que fazemos dos casos (...) depois é os relatórios sociais.” Linha-366</p> <p>“(…) é um mês portanto se ao fim de um mês virmos que ele não se adapta, ou que estar na instituição não faz sentido, então aí não mantém na resposta é sempre feito esse (...) porque é assim é a nossa avaliação muitas vezes em loco podemos vir a verificar que realmente pode não se adequar, e mesmo ele próprio pode não se adaptar ao ambiente da instituição (...)” Linha-452</p> <p>“(…) colabora na elaboração da ficha de caracterização psicossocial dos clientes (...)” Linha-307</p> <p>“(…) depois também participar ativamente no plano individual de cada sujeito.” Linha-58</p> <p>“(…) pode até não fazer sentido, aquilo que nós selecionamos como atividade pode não fazer sentido para ele ou para a família e aí então reelaboramos o plano, esse plano é revisto de seis em seis meses é revisto o plano e é alterado se fizer sentido.” Linha -62</p> <p>“(…) há determinadas necessidades que os nossos clientes têm de ter, ajudas técnicas.” Linha-151</p> <p>“Ao nível de acionar também o pedido da pensão social, para o caso daqueles que não têm a pensão, ou o complemento por dependência (...)” Linha-166</p> <p>“(…) nós não os podemos abandonar (...)” Linha-207</p> |  |
|--|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | <p>“(...) quando chegamos a um ponto que esteja mesmo numa situação de grande incapacidade e falta de mobilidade extrema e acamado depois nós temos de contactar as respostas que há na comunidade para nós próprias encontrarmos uma solução.” Linha-209</p> <p>“(...) em termos de interação, tentamos fomentar a interação entre eles, a socialização( ...)” Linha-226</p> <p>“(...) se de um momento para o outros lhes faltarem os pais, nós temos que arranjar uma resposta(...)” Linha-254</p> <p>“As atividades são selecionadas para cada tipo de cliente.” Linha-273</p> <p>“(...) porque também não faz sentido dar uma atividade que eles não gostam.” Linha-278</p> <p>“(...) elabora e atualiza os processos dos clientes, ao nível social, clínico, familiar e outros.”Linha-308</p> <p>“(...) elaboração de relatórios sociais, nomeadamente registo de atendimentos/entrevistas, visitas ao domicílio (...)” Linha-309</p> <p>“(...) participa na atualização dos processos dos clientes.”Linha-310</p> <p>“(...) colabora e participa em ações de formação e sensibilização sobre a complexidade da problemática dos clientes.” Linha-351</p> <p>“(...) elabora e afixa programa semanal das consultas</p> |  |
|--|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | <p>externas e arquivo das mesmas.” Linha-315</p> <p>“(…) elabora comunicações internas.” Linha-315</p> <p>“(…) elabora e arquiva informações sociais diversas.” Linha-316</p> <p>“(…) colabora na organização e desenvolvimento de atividades ocupacionais, recreativas, culturais e de socialização, nas respostas sociais.” Linha-316</p> <p>“(…) acompanha os clientes nas consultas médicas, elaboração de exames médicos e análises..” Linha-335</p> <p>“(…) registo das diligências efetuadas durante o acompanhamento médico e outros.” Linha-336</p> <p>“(…) articulação interinstitucional, no desenvolvimento do apoio social a clientes e familiares.” Linha-337</p> <p>“(…) temos de recorrer sempre a legislação no caso das ajudas técnicas se for necessário apoios para a habitação, ao nível dos requerimentos para a pensão social para tratar dos atestados de incapacidade.” Linha-360</p> <p>“(…) tentamos contactar todos os que estão em lista de espera e perceber como é que está a situação e como é que podemos ajudar, porque se nós não tivermos resposta o que nós fazemos é encaminhar para outros sítios, portanto damos sempre esse apoio.” Linha-376</p> <p>“(…) no entanto no contexto de sala se virmos situações que não achamos corretas, nós tentamos sempre falarmos</p> |  |
|--|--|--|--|

|  |                                   |   |    |
|--|-----------------------------------|---|----|
|  |                                   | <p>com a responsável e tentar chegar a um acordo, não é? Tentar perceber as duas partes a parte dela e a parte do cliente.” Linha-415</p> <p>“(…) todos os dias damos as nossas voltas pelas salas ver o que é que se passa se está tudo bem, ver como é que o cliente veio, como é que esta o comportamento dele, o que é necessário.” Linha-472</p> <p>“O falar com eles também ajuda a desenvolver a nível intelectual, mesmo em termos da fala é importante nós estimularmos diariamente.” Linha-496</p> <p>“Às vezes é bom ir ali a sala e estar um bocadinho a falar com eles, as vezes é difícil, porque nós temos tanta burocracia, tantas coisas para tratar as vezes é difícil, mas é tão bom e eles as vezes mostrarem afeto tão genuinamente.” Linha-518</p> <p>“(…) e também lhes dar competências a eles (…)” Linha-197</p> <p>“(…) aí nós também tentamos capacitar o colega a ajudar o outro (…)” Linha-226</p> <p>“(…) o nosso papel também é incentivar para que eles desenvolvam as competências deles.” Linha-490</p> <p>“Nós podemos é tentar manter ao máximo as competências que eles já têm, desenvolver outras se possível, se virmos que há possibilidade.” Linha-493</p> |    |
|  | <b>Trabalho da equipa técnica</b> | <p>“Enquanto equipa multidisciplinar nós ajudamos a avaliar e a direccionar cada atividade mas participar diretamente na</p>  | 13 |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | <p>atividade não participamos, só mesmo na elaboração.”<br/>Linha-267</p> <p>“(…) colabora, com a técnica de reabilitação, na avaliação da necessidade de aquisição de ajudas técnicas para a melhoria da qualidade de vida do cliente e adaptação do meio familiar.” Linha-339</p> <p>“(…) nós trabalhamos em equipa multidisciplinar, portanto há técnicos que se dividem por todas as respostas.” Linha-34</p> <p>“(…) Existe uma calendarização, as reuniões são quinzenais (…)” Linha-111</p> <p>“Por vezes há reuniões extraordinárias quando o caso assim o exige são convocados com alguma antecedência e então faz se uma reunião.” Linha-111</p> <p>“(…) tem de haver sempre um ponto da situação, não é uma ordem de trabalho (…)” Linha-113</p> <p>“(…) ao nível do nosso trabalho, nós trabalhamos em tríade indivíduo-família-comunidade.” Linha-118</p> <p>“Quem elabora as atividades é a equipa multidisciplinar.”<br/>Linha-283</p> <p>“O que é bom o facto de que é a colega da minha área e que podemos discutir cada caso, e eu tenho uma ideia, ela tem outra e a experiência de uma acaba por ajudar também e tentamos sempre...pronto o olhar é sempre diferente de cada técnico.” Linha-399</p> |  |
|--|--|--|--|



|  |                               |   |    |
|--|-------------------------------|---|----|
|  |                               | <p>“E então depois é engraçado ver que eu percepcionei alguma coisa da família, ela percepcionou outras e às vezes é bom, até porque as próprias famílias dizem uma coisa a uma e dizem outras a outra.”Linha-406</p> <p>“(…) portanto ao nível dos clientes quando é preciso uma intervenção mais direta, nos encaminhamos sempre mais para a Psicóloga.” Linha-414</p> <p>“O plano individual é realizado com o Psicólogo e com o AS e depois com toda a equipa que participa nas atividades (…)” Linha-444</p> <p>“O que é que nós fazemos realmente nós fazemos a mediação com a própria instituição e com os colegas da equipa.” Linha-581</p> |    |
|  | <b>Trabalho na comunidade</b> | <p>“(…) é uma forma de juntar a comunidade com a nossa população.” Linha-143</p> <p>“(…) e então nós contactamos a comunidade para...como é que hei de explicar...para acionar os seus direitos que é ter o apoio do estado é neste sentido.” Linha-154</p> <p>“(…) fazemos a ponte com os Centros de Saúde para conseguirmos consultas de encaminhamento para fisioterapia, credenciais de transporte também para tratamento (… com o hospital também para as ajudas técnicas.” Linha-156</p> <p>“(…) nós não temos formação profissional mas encaminhamos alguns casos para trabalhar na comunidade</p>   | 14 |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | <p>(...)” Linha-320</p> <p>“ Porque nós temos de fazer sempre o acompanhamento, como ele está na comunidade.”Linha-325</p> <p>“(...) estabelece contactos e articula-se com outros serviços ou técnicos da áreas de Saúde, Educação, Segurança Social, Autarquias (...)” Linha-349</p> <p>“(...) nós tentamos sempre cada vez mais ter esse contacto com as instituições, porque é importante apelarmos a comunidade para nos ajudar.” Linha-389</p> <p>“Mesmo as atividades, fazemos muitas atividades na comunidade também para sensibilizar as pessoas que estão de fora a conhecer a nossa realidade (...) “ Linha-390</p> <p>Pronto em termos das atividades que eles realizam na comunidade portanto temos a equitação terapêutica que é com cavalos que é no centro hípico, temos a parte da natação que é na piscina terapia em meio aquático. Temos um grupo de teatro que é feito maioritariamente pelos nossos clientes que têm doença mental porque em termos de capacidade para executar esse tipo de tarefa tem mais competências para tal. Aí eles fazem espetáculos na comunidade. Linha-532</p> <p>“Tentamos sempre fazer encontros intrainstitucionais.”<br/>Linha-537</p> <p>“(...) portanto eles próprios participam ativamente mesmo em termos ecológicos e na preservação do ambiente, portanto terem um papel ativo na comunidade. “ Linha-545</p> |  |
|--|--|---|--|

|                                      |                     |   |   |
|--------------------------------------|---------------------|---|---|
|                                      |                     | <p>“(…) ainda há muito para fazer a comunidade ainda não esta muito receptiva.” Linha-555</p> <p>O contributo é mais neste sentido planejar atividades no exterior, conseguir mais entidades que recebam estes clientes em trabalho ocupacional, e ir ao encontro de instituições. Linha-558</p> <p>“(…) promove a adaptação e integração dos clientes e familiares na comunidade, com o objetivo de inclusão social.” Linha-348</p>  |   |
| <b>Caracterização da Instituição</b> | <b>Público-Alvo</b> | <p>“(…) portanto não possuir historial de violência ou predisposição para a violência que ponha em causa a segurança dos clientes e dos funcionários, portanto depois aqui a pontuação vai de zero a dez. O segundo critério vai de acordo com os critérios definidos e com as condições físicas e humanas disponíveis na instituição, ou de acordo com as exigências de cada caso. Situação de emergência social; risco de isolamento social e a área de residência, nós aqui damos prioridades a casos dentro do conselho de Leiria ou zonas limítrofes (…)” Linha-49</p> <p>“(…) temos muitos em cadeiras de rodas, outros com canadianas, pronto outros só com dificuldade de mobilidade (…)” Linha-153</p> <p>“(…) assim nós temos casos muitos diferenciados...” Linha-204</p> <p>“(…) nós damos apoio a jovens e adultos do género masculino e feminino com deficiência a partir dos</p> | 6 |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  | <p>dezasseis anos, idade igual ou superior a dezasseis mas depois não há um limite máximo.” Linha-204</p> <p>“(…) nós temos dentro da deficiência temos a física, temos a intelectual, temos multissensorial, a nível sensorial temos um caso que até é cega surda e muda. Depois temos também a doença mental (...) Esses casos são em menor número. ” Linha-212</p> <p>“Portanto a instituição já fez vinte e cinco anos, se calhar já tem aqui alguns desde o início sim (...) alguns estão na fundação da própria instituição. “ Linha-259</p>   |   |
|  | <b>Organização do espaço/ equipamentos</b> | <p>“(…) é uma instituição privada de solidariedade social que tem personalidade jurídica, desde 1990 (...) iniciou primeiro com cursos de formação para pessoas com deficiência, portanto era um pequeno grupo (...)depois esse mesmo grupo é que decidiu fundar assim (...) , pronto.” Linha-16</p> <p>“(…) temos dois Centros de Atividades Ocupacionais cada um com trinta clientes e temos dois Lares Residenciais um com capacidades para dezoito e outro para oito.” Linha-24</p> <p>“(…) temos uma residência autónoma (...) e tem capacidade para sete.” Linha-26</p> <p>“(…) temos aqui os Centros de Atividades um e dois (...)” Linha-69</p> <p>“(…) o CAO um (...) é completamente diferente, dá a ideia de que é mais oficial, porque tem as oficinas de artes, tem a oficina de encadernação tem a sala de informática.”</p> | 9 |

|  |                         |   |   |
|--|-------------------------|---|---|
|  |                         | <p>Linha-71</p> <p>“Portanto o espaço, as características são completamente diferentes e os casos que temos lá em baixo também são diferenciados relativamente ao CAO dois.” Linha-74</p> <p>“Depois temos os Lares, um deles é aqui da parte de cima, aqui mesmo em cima de nós que é o Lar (...) e temos o Lar (...) que é também mesmo aqui ao lado (...)” Linha-85</p> <p>“(...) somos uma instituição de integração social (...)” Linha-217</p> <p>“(...) as salas (...) pronto têm casos muitos diferenciados, não são homogêneas são heterogêneas (...)” Linha-222</p>   |   |
|  | <b>Recursos Humanos</b> | <p>“(...)cada Centro de Atividades tem uma Assistente Social (...)” Linha-34</p> <p>“(...) Centro de Atividades um, nós temos o um e o dois, temos uma AS para cada um e temos uma ao nível dos Lares Residenciais, portanto somos três no total.” Linha-37</p> <p>“(...) nós temos então o organograma (...)” Linha 66</p> <p>“(...) Psicóloga também acaba por ter uma em cada CAO.” Linha 78</p> <p>“(...) uma destas Psicólogas é coordenadora da Residências Autónoma, logo em termos de disponibilidade não é tão grande.” Linha-79</p> <p>“ Professora de Artes, Educadora Social, tem as Monitoras, Animadora Cultural, Encadernadora, Técnica de</p> | 8 |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | <p>Reabilitação, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta voluntário e Ajudante de Fisioterapia. Coordenador Técnico do CAO, Coordenador Técnico dos Lares Residenciais, Enfermeira. Auxiliar de Serviços Gerais, Administrativa, Escrituraria e Despenseiras.” Linha-81</p> <p>“(…) depois as Ajudantes da Ação Direta (…)” Linha-87</p> <p>“(…) depois temos o Motorista (…)” Linha-91</p> |  |
|--|--|---|--|

**Anexo 6-** Análise de conteúdo das duas entrevista realizada na Instituição B

### Análise de Conteúdo das duas entrevista realizada na Instituição B, no dia 17 de março de 2015

| <b>Categoria</b>                     | <b>Subcategoria</b>           | <b>Evidências</b>  | <b>Frequência</b> |
|--------------------------------------|-------------------------------|--|-------------------|
| <b>Trabalho do Assistente Social</b> | <b>Trabalho com a Família</b> | <p>“(...) seja entrevistas com familiares (...)” Linha-221 (AS2)</p> <p>“(...) reuniões frequentes com familiares sempre que se considere necessário (...)” Linha-221 (AS2)</p> <p>“(...) o plano de intervenção do residente é colocado a consideração do seu significativo ou do seu familiar (...)” Linha-322 (AS2)</p> <p>“ É assim o apoio que nós damos a família é a integração do residente cá, do cliente cá.” Linha-446 (AS2)</p> <p>“Tentamos é informar a família e promover a ligação da família o quanto possível à instituição.” Linha-447 (AS2)</p> <p>“ Para que a família esteja sempre presente na instituição, quando há família.” Linha-448 (AS2)</p> <p>“Mas temos que tentar dar resposta à família.” Linha-469 (AS2)</p> <p>“(...) entrevistas com a família (...)” Linha-119 (AS3)</p> <p>“(...) após trinta dias do cliente estar internado (...) é feita uma reunião com a família (...)” Linha-51 (AS3)</p> <p>“(...) a Técnica de Serviço Social acompanha a família (...)” Linha-188 (AS3)</p> | 14                |



|  |                               |  |    |
|--|-------------------------------|--|----|
|  |                               | <p>“Há famílias que não (...) muitas das vezes nós tentámos fazer contacto e é em vão.” Linha-236 (AS3)</p> <p>“Temos algumas situações nomeadamente famílias que não têm possibilidade de pagarem a comparticipação familiar, nós tentamos sempre ou reduzir, ou haver ausência do pagamento devido à situação.” Linha-250 (AS3)</p> <p>“(...) isto porque há famílias mais presentes, algumas que falo todas as semanas, uma minoria, e outras que eu tento contactar por determinadas situações e eu não consigo.” Linha-264 (AS3)</p> <p>“(...) a possibilidade de dar este apoio a família de eles poderem ficar cá (...)” Linha-280 (AS3)</p>  |    |
|  | <b>Trabalho com o Cliente</b> | <p>“(...) um cliente é admitido e quando é admitido é delineado, temos um espaço de três meses para delinear o plano de intervenção do residente.” Linha- 120 (AS2)</p> <p>“(...) as visitas domiciliárias que fazemos é a data de admissão (...)” Linha-200 (AS2)</p> <p>“(...) nós visitamos todos os residentes que admitimos, nós fazemos uma análise criteriosa análise documental à data de admissão (...)” Linha-201 (AS2)</p> <p>“(...) e posto a análise documental definimos se está ou não está nos critérios de admissão.” Linha-203 (AS2)</p> <p>“Nós temos que saber se estamos aptos e que temos capacidade para responder as necessidades daquele residente (...)” Linha-210 (AS2)</p> | 43 |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | <p>“Existem critérios que vão favorecer a pontuação (...) de um cliente e de um candidato digamos assim (...)” Linha-338 (AS2)</p> <p>“(...) todos têm uma cotação que nos permite depois chegar a uma pontuação, e perante a pontuação são definidas as prioridades (...)” Linha-346 (AS2)</p> <p>“(...) existe toda a questão dos direitos que os clientes têm, nós aqui tentamos salvaguardar.” Linha-83 (AS2)</p> <p>“(...) o nosso papel é (...) é assegurar todos os direitos e que todas as políticas sociais sejam garantidas.” Linha-86 (AS2)</p> <p>“(...) seja em termos de benefícios sociais sejam em termos de enquadramento social seja em termos de integração educacional (...) Temos que afunilar o nosso trabalho para que sejam satisfeitas todas estas garantias, estas garantias, não é.” Linha-91 (AS2)</p> <p>“(...) é delineado um plano de intervenção e nesse plano de intervenção são definidas as atividades em que o cliente vai participar (...)” Linha-125 (AS2)</p> <p>“(...) otimizar (...) recursos a todos os níveis (...) para que seja respondidas todas as necessidades dos residentes e quando fala em necessidades, não falo só em necessidades físicas não é? Ao nível dos cuidados mas... ao nível educacional ao nível dos direitos ao nível da reabilitação (...) portanto é uma das nossas funções promover (...) o bem-estar (...) do cliente, a que nós denominados residentes.” Linha-179 (AS2)</p> |  |
|--|--|--|--|

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | <p>“(...) temos que cumprir com a legislação e com a regulamentação que existe para a área da deficiência e que existe na área da Segurança Social Nós temos de cumprir com os direitos dos residentes (...)em termos de instrumentos que nós utilizamos temos de estar atentos as legislações (...) Existem os direitos (...) e nós temos se salvaguardar sempre essa situação.” Linha-189 (AS2)</p> <p>“(...) a partir da admissão do cliente, nós ficamos com o cliente a nossa responsabilidade (...)” Linha-209 (AS2)</p> <p>“Quando existe uma necessidade de um residente, nós temos de reunir esforços, sejam nossos sejam da comunidade para dar respostas aquela necessidade, não é (...)” Linha-239 (AS2)</p> <p>“(...) e nós aí temos de entrar como educadores, não é (...)” Linha-282 (AS2)</p> <p>“(...) posso emitir o meu parecer, e justificar o meu parecer.” Linha-353 (AS2)</p> <p>“E para isso existem formulários que nós temos de preencher, formulários que nós temos de respeitar prazos...pronto está tudo bem definido, bem definido... Eu posso sempre dar o meu parecer não (...)” Linha-353 (AS2)</p> <p>“O cliente sempre que precise pode vir ao meu encontro (...) ou pode-me chamar (...)” Linha-363 (AS2)</p> <p>“Nós tentamos estar sempre atentas a opinião do residente (...) Pronto podemos sempre não concordar com ele e aí</p> |  |
|--|--|---|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | <p>temos de tentar demover o residente para que consigamos entrar num acordo (...)” Linha-383 (AS2)</p> <p>“(...) tentamos que lhes sejam dadas todas as oportunidades e que lhes sejam facultados todos os direitos (...)” Linha-387 (AS2)</p> <p>“(...) as maiores barreiras são muitas vezes nós não entendermos, não conseguirmos entender o que eles nos querem dizer (...)” Linha-392 (AS2)</p> <p>“Nós pensamos que seja o melhor para ele e fazemos para que seja o melhor mas nem sempre temos um feedback do residente (...)” Linha 398 (AS2)</p> <p>“O feedback do residente, nós não conseguimos o feedback do residente mas tentamos por outros meios por outras aplicações, questionários (...) o entendermos se ele está bem ou não (...)” Linha-399 (AS2)</p> <p>“(...) para irmos ao encontro do que eles não nos conseguem responder verbalmente.” Linha-403 (AS2)</p> <p>“Existe um questionário que aplicamos a um grupo de residentes que nos conseguem responder quanto mais não seja assim ou abanando a cabeça e nós conseguimos.” Linha-408 (AS2)</p> <p>“Existe um outro grupo de clientes que dada a deficiência mental deles que não nos conseguem responder então temos que optar por outros meios.” Linha- 410 (AS2)</p> <p>“(...) nós estarmos constantemente a trabalhar na promoção</p> |  |
|--|--|--|--|

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | <p>do bem-estar e na qualidade de vida do residente.” Linha-462 (AS2)</p> <p>“(…) se virmos pela descrição que se enquadra dentro dos nossos critérios (…)” Linha-150 (AS3)</p> <p>“(…) esteja tudo discriminado ao nível da caracterização sociofamiliar e ao nível clínico (…)” Linha-156 (AS3)</p> <p>“(…) pode já ter feito a visita domiciliária ou pode ir ver se realmente consta, pode acontecer o cliente andar (… ) é por aqui.” Linha-158 (AS3)</p> <p>“(…) o nosso relatório que é feito quando o nosso cliente entra para (…)” Linha-169 (AS3)</p> <p>“(…) acima de tudo zelar pela satisfação do bem-estar dos residentes assim como, assegurar os seus direitos (…)” Linha-58 (AS3)</p> <p>“(…) zelar pela satisfação das suas necessidades (…)” Linha-60 (AS3)</p> <p>“(…) supervisão aos diversos módulos (…)” Linha-62 (AS3)</p> <p>“(…) assegurar que eles sejam integrados nas estruturas de ensino (… ) assegurar a sua continuidade na integração escolar. “ Linha-63 (AS3)</p> <p>“Tentamos sempre que eles se integrem em todas as atividades (…)” Linha-83 (AS3)</p> <p>“(…) é acima de tudo assegurar os direitos... dos residentes e</p> |  |
|--|--|---|--|

|  |                                   |  |    |
|--|-----------------------------------|--|----|
|  |                                   | <p>satisfazer as suas necessidades (...) no seu dia-a-dia, promovendo o seu bem-estar (...)” Linha-106 (AS3)</p> <p>“(...) tenho que supervisionar se realmente os direitos estão a ser assegurados, ou não para os residentes, para satisfação das suas necessidades.” Linha-136 (AS3)</p> <p>“(...) a Técnica de Serviço social é que faz essa seleção...” Linha-190 (AS3)</p> <p>“(...) temos que fazer a visita semanal basicamente diária (...)” Linha-207 (AS3)</p> <p>“Que se sintam bem que asseguremos todas as satisfações no seu dia-a-dia, os seus direitos de forma a promover o seu bem-estar.” Linha-228 (AS3)</p> <p>“A maioria é sempre o Técnico de Serviço Social que encaminha as situações, passa a informação (...)” Linha-260 (AS3)</p> |    |
|  | <b>Trabalho da Equipa Técnica</b> | <p>É feito uma avaliação completa do residente por todos os técnicos da instituição em todas as áreas é feita uma avaliação completa.” Linha-122 (AS2)</p> <p>“Nessa reunião de acompanhamento estão representados todos os serviços da instituição, estou eu está uma Encarregada de Setor, a Psicóloga, a Nutricionista, a responsável do Setor Animação/Ocupação, a responsável do Serviço de Reabilitação, a Enfermeira penso que disse todos, a Psicóloga a Nutricionista já disse... estão representadas todas as áreas da instituição para acolher o maior número de</p>  | 25 |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | <p>informações.” Linha-293 (AS2)</p> <p>“(…) em reunião alargada com a periodicidade mensal onde estão representados todos os técnicos da instituição (…) aí são discutidas todas as situações que quando tem de ser ouvidos todos os técnicos.” Linha-46 (AS2)</p> <p>“(…) temos uma reunião clínica onde estão presentes, com uma periodicidade mensal, onde estão presentes todos os colegas da área clínica, aqui estão os Enfermeiros um Médico o Serviço Social está sempre presente, não é, na qualidade de responsável pelos residentes (…) e o serviço de reabilitação está sempre presente nas reuniões (…) clínicas. Linha-50 (AS2)</p> <p>“(…) temos as reuniões semanais, onde são discutidos os assuntos que vão surgindo e que precisam e carecem de resposta mais urgente mais, mais imediata. Aí estão representadas as Empregadas de Setor, as Técnicas de Serviço Social (…) a Psicóloga a Nutricionista o responsável do Serviço de Reabilitação e o responsável do Serviço Animação/Ocupação.” Linha-55 (AS2)</p> <p>“(…) e as situações são discutidas em equipa (…)” Linha-46 (AS2)</p> <p>“(…) na elaboração dessas atividades está a Educadora Social e a Animadora Sociocultural. (…) Nós podemos é dar uma achega, colaborar com as colegas.” Linha-162 (AS2)</p> <p>“Eu estou na coordenação com o departamento de residentes (…)” Linha-171 (AS2)</p> |  |
|--|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | <p>“(…) tentamos ajudar, eu tento ajudar (…) em conjunto com a Psicóloga (…)” Linha-252 (AS2)</p> <p>“(…) e nós vamos limando algumas arestas e a Psicóloga também vai ajudando nisso.” Linha-283 (AS2)</p> <p>“E foi construído um outro questionário que é aplicado por diferentes técnicos (…)” Linha-412 (AS2)</p> <p>“(…) quer por cada parte do técnico que avaliou (…)” Linha-54 (AS3)</p> <p>“(…) cada técnico está e elabora a sua parte, identifica as suas necessidades do cliente.” Linha-172 (AS3)</p> <p>“Existem reuniões todas as semanas, todas as segundas feiras pelas 9h da manhã é feita uma reunião, em conjunto com toda a equipa técnica. E uma reunião alargada que é uma vez por mês, onde aí constam todos os serviços do (…)” Linha-34 (AS3)</p> <p>“Nomeadamente todos os assuntos (…) desde consultas, desde a articulação entre as diferentes instituições família e com residentes e com tudo o que possa vir a acontecer durante a nossa ausência durante o fim de semana, todos os assuntos que devam ser levados em reunião que possam ser discutidos por todos... dando o parecer de cada técnico.” Linha-38 (AS3)</p> <p>“(…) o PIR que é o Plano de Intervenção do Residente, que é elaborado pela equipa técnica (…)” Linha-50 (AS3)</p> <p>“(…) assinado por todos os técnicos (…)” Linha-53 (AS3)</p> |  |
|--|--|--|--|



|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | <p>“Sim participamos sempre em todas as atividades, damos sempre a nossa colaboração quer no exterior quer no interior da instituição.” Linha-94 (AS3)</p> <p>“(…) cada técnico pode dar o seu parecer, se acha que aquele cliente pode ou não ir participar, ou se irá ser prejudicial à sua situação clínica.” Linha-101 (AS3)</p> <p>“(…) então colocar em reunião muitas das vezes e tentar também para depois nós podemos avançar ou não com aquela situação, não é (…)” Linha-112 (AS3)</p> <p>“(…) Porque temos de ouvir os colegas em equipa (…)” Linha-114 (AS3)</p> <p>“(…) então colocamos à consideração da equipa (…)” Linha-119 (AS3)</p> <p>“(…) cliente é acolhido pela equipa multidisciplinar (…)” Linha-171 (AS3)</p> <p>“(…) todo este conjunto de procedimentos que o Técnico de Serviço Social está com os colegas e faz a recolha destes documentos (…)” Linha-174 (AS3)</p> <p>“(…) é tudo debatido em reunião.” Linha-193 (AS3)</p> |  |
|--|--|--|--|

|  |                                  |   |    |
|--|----------------------------------|---|----|
|  | <b>Trabalho com a Comunidade</b> | <p>“(...) fazemos muita articulação com colegas da Segurança Social das CPCJ.” Linha-223 (AS2)</p> <p>“ Pronto é fundamental articularmos com as colegas sejam da Segurança Social, sejam das CPCJ, seja de Equipas Locais de Intervenção Precoce, denominadas agora ELIS (...) seja com as colegas dos hospitais dos serviços de saúde, tribunal (...) tem de haver sempre que necessário (...) esta articulação (...) e o mesmo se coloca relativamente a educação, tem de haver uma articulação muito importante, é extremamente fundamental esta articulação técnica com todos estes serviços da comunidade.” Linha-228 (AS2)</p> <p>“(...) sempre que possível e sempre que o cliente tem capacidades (...) tentamos integrá-los nas escolas normais da comunidade tanto nas escolas da comunidade (...)” Linha-426 (AS2)</p> <p>“(...) temos por exemplo uma menina numa integração socioprofissional, trabalha, está integrada numa experiência socioprofissional, num jardim-de-infância onde colabora com uma educadora e com um auxiliar (...)” Linha-428 (AS2)</p> <p>“(...) tentamos sempre que existem atividades na comunidade (...) levar os nossos residentes (...) também fazemos convites para que, jardins, escolas a comunidade venham até nós para conhecer a nossa realidade (...) pronto e depois participamos em diferentes serviços da comunidade.” Linha-431 (AS2)</p> <p>“(...) juntaram-se e criam atividades precisamente para estarmos presentes na comunidade (...)” Linha-438 (AS2)</p> | 11 |
|--|----------------------------------|---|----|

|                                      |                     |   |    |
|--------------------------------------|---------------------|---|----|
|                                      |                     | <p>“É fundamental porque somos nós o elo de ligação, não é? Somos nós que temos de promover essa integração e com a colaboração de todos (...) somos nós os responsáveis.” Linha-442 (AS2)</p> <p>“(...) cabe então ao Serviço Social fazer a articulação entre as diversas instituições (...)” Linha-62 (AS3)</p> <p>“(...) temos a escola porque temos lá os nossos clientes integrados.” Linha-125 (AS3)</p> <p>“(...) nosso objetivo sempre é tentar articular (...) de forma a promover o bem-estar do cliente, não é?” Linha-129 (AS3)</p> <p>“Não é uma integração que nós vejamos um resultado, aqui é diferente.” Linha-247 (AS3)</p>                              |    |
| <b>Caracterização da Instituição</b> | <b>Público-Alvo</b> | <p>“Permanecem desde a admissão, até o seu falecimento ou até que a família entenda que o quer levar, o que não acontece não é? O que não acontece.” Linha-105 (AS2)</p> <p>“(...) temos aí clientes, nós fizemos vinte e cinco anos de existência e temos clientes aí a vinte e cinco anos de existência sim. Foram os primeiros a ser admitidos e ainda estão aí. Linha-108 (AS2)</p> <p>“(...) o mais pequenino agora tem cinco anos e o mais idoso deve ter sessenta e oito aproximadamente, aproximadamente sessenta e oito, sessenta e nove.” Linha-112 (AS2)</p> <p>“São portadores de deficiência mental e simultaneamente deficiência motora.” Linha-115 (AS2)</p> | 17 |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | <p>“(...) os nossos clientes tem todos portadores de deficiência física e um cliente que efetue marcha pode colocar em causa a segurança dos outros residentes para além da sua segurança propriamente dita não é (...)” Linha-213 (AS2)</p> <p>“Temos situações em que o residente não tem autonomia (...)” Linha-364 (AS2)</p> <p>“(...) temos residentes que vêm diretamente da família e aí a fase da integração é mais complexa e mais difícil não é (...)” Linha-368 (AS2)</p> <p>“Depois temos residentes que vêm de hospitais que até a data estiveram em hospitais, porque até a data não conseguiram resposta (...) temos residentes que provêm de Centros de Acolhimento Temporários (...)” Linha-372 (AS2)</p> <p>“São cento e noventa e quatro, mas o limite (...) as vagas são para cento e noventa e dois. “ Linha-70 (AS3)</p> <p>“Muitos deles desde que (...) abriu, não é? Outros que vão entrando, não é.” Linha-72 (AS3)</p> <p>“(...) três critérios fundamentais para a admissão do cliente, que são: ter idades compreendidas entre os dois anos e os quarenta e cinco à data de internamento; ser portador de deficiência mental e motora simultaneamente e não efetuar marcha são estes os três critérios para admissão.” Linha-146 (AS3)</p> <p>“As idades entre os dois e os quarenta e cinco, apesar de que</p> |  |
|--|--|--|--|

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  |  | <p>temos alguns clientes pouquinhos com sessenta mais ou menos.”Linha-74 (AS3)</p> <p>“(…) ser deficiente mental e motor profundo, não efetuarem marcha e terem estas idades compreendidas.” Linha-77 (AS3)</p> <p>“(…) Podem não vir propriamente da família, temos alguns casos que vêm de CAT, não é? Que são sinalizados pela Segurança Social, pela CPCJ, são muitas situações até algumas de risco. “ Linha-213 (AS3)</p> <p>“(…) eles vivem cá todo o dia, temos alguns que vão ao fim de semana, de quinze em quinze dias à família, outros não, outros estão sempre connosco, desde o dia que entraram cá até hoje.”Linha-231 (AS3)</p> <p>“(…) e também alguns meninos dos seis aos dezoito anos frequentam a escola de ensino especial(…)” Linha-242 (AS3)</p> <p>“(…) temos alguns nas estruturas de ensino normal (...) é uma articulação que se faz com algumas dificuldades no início mas com resultados positivos.” Linha-243 (AS3)</p> |   |
|  | <b>Organização do Espaço/ Equipamentos</b> | <p>“(…) um Lar Residencial que apoia pessoas portadoras de deficiência, admitindo dos dois aos quarenta e cinco anos de idade, têm que ser simultaneamente portadores de deficiência mental e motora.” Linha-19 (AS2)</p> <p>“(…) existem vários serviços, existe o Serviço Social, o Serviço de Reabilitação, o Serviço Clínico e o Serviço de Animação/ Ocupação (...)” Linha-24 (AS2)</p> <p>“(…) o departamento de residentes é constituído pelos cento</p>   | 8 |

|  |                         |   |   |
|--|-------------------------|---|---|
|  |                         | <p>e noventa e dois residentes (...)” Linha-171 (AS2)</p> <p>“(...) o centro está dividido por residências são um total de dezasseis residências, cada residência com doze clientes em cada residência trabalha um grupo mais ou menos fixo de Ajudantes de Lar.” Linha-254 (AS2)</p> <p>“(...) todos os três meses fazemos reuniões nos dezasseis módulos.” Linha-275 (AS2)</p> <p>“Cento e noventa e dois atualmente nem são cento e noventa e dois atualmente são cento e noventa e quatro mas a nossa população máxima é cento e noventa e dois (...)” Linha-97 (AS2)</p> <p>“Os nossos módulos são dezasseis com doze meninos ou meninas, cada um com as suas principais características (...)” Linha-196 (AS3)</p> <p>“(...) porque também temos a nossa escola de educação especial (...)” Linha-241 (AS3)</p> |   |
|  | <b>Recursos Humanos</b> | <p>“(...) contamos com a colaboração de três Técnicas de Serviço Social, uma das Técnicas de Serviço Social (...) tem as funções coordenação técnica, as outras duas Técnicas de Serviço Social têm responsabilidades (...) atribuídas a cada uma delas (...) metade da população está a responsabilidade de uma Técnica de Serviço Social, outra metade está a responsabilidade de outra Técnica de Serviço Social.” Linha-26 (AS2)</p> <p>“(...) três Terapeutas Ocupacionais, tem três Fisioterapeutas e uma Técnica de Fisioterapia uma Terapeuta da Fala uma</p>   | 6 |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | <p>Técnica de Educação Especial e Reabilitação uma Fisiatra dois Médicos de Clínica Geral um Médico Dentista um Higienista oral (...) contamos com (...) com a colaboração de uma Educadora Social e uma Animadora Sociocultural (...) contamos também com a colaboração de quatro Enfermeiros (...) uma Dietista/Nutricionista, um Neurologista, um Professor de Educação Física (...)” Linha-36 (AS2)</p> <p>“As quatro Encarregadas de Setor (...) são a categoria intermédia entre o Serviço Social e as Ajudantes de Lar.” Linha-174 (AS2)</p> <p>“As Encarregadas de Setor têm a função de supervisionar, coordenar as Ajudantes de Lar, não é? Segundo as orientações que são dadas pela coordenadora técnica e (...) que nós vamos dando também a nível técnico.” Linha-175 (AS2)</p> <p>“(...) nós somos quase duzentos funcionários e a esmagadora maioria são Ajudantes de Lar (...)” Linha-269 (AS2)</p> <p>“(...) por duas Técnicas de Serviço Social, nós somos três Técnicas de Serviço Social. Que é a diretora técnica, depois eu e a (...). Depois temos a coordenadora do Serviço de Reabilitação, temos três Terapeutas Ocupacionais, temos a Terapeuta da Fala, uma Técnica de Educação Especial e Reabilitação uma Fisiatra. Todo um conjunto de Fisioterapeutas. Temos a Educadora Social e uma Animadora Sociocultural temos (...) a nossa Psicóloga também. Temos a Enfermagem claro, dois Médicos de Clínica Geral um Médico Dentista um Higienista Oral, uma Dietista/Nutricionista, um Neurologista, um Professor de</p> |  |
|--|--|--|--|

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | Educação Física não é? E temos depois as nossas senhoras que são as Ajudantes de Lar e as Encarregadas do Setor.”<br>Linha-20 (AS3) |  |
|--|--|---|--|